



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Reeducação Funcional Respiratória Pré-Operatória na Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal

Alcinda Manuela Silva Ferreira



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Reeducação Funcional Respiratória Pré-Operatória na Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal

Alcinda Manuela Silva Ferreira

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação:

Professora Doutora Salete Soares

Professora Doutora Maria José Fonseca

Junho de 2019

Escola Superior de Saúde

RESUMO

A toda atividade cirúrgica estão inerentes complicações, sendo estas, eventos adversos que influenciam negativamente o percurso normal de recuperação da pessoa cirúrgica. A pessoa é referida como pessoa cirúrgica a partir do momento que lhe é realizado um diagnóstico do foro cirúrgico. A cirurgia abdominal é um procedimento que envolve a cavidade abdominal e neste tipo de cirurgia as complicações respiratórias são das mais frequentes, que acarretam morbidade e mortalidade perioperatória, contribuindo para o aumento do tempo de internamento e reinternamentos e consequentemente maiores gastos para os serviços de saúde.

A eficácia dos programas de reeducação funcional respiratória está demonstrada na literatura, quer na prevenção de complicações respiratórias pós-operatórias, quer no seu tratamento e redução da gravidade nos procedimentos que envolvem a cavidade abdominal. Estes devem ser iniciados o mais precocemente possível, no período pré-operatório e sustentados ao longo do período pós-operatório.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação está dotado de competência humana, científica e técnica que lhe permite intervir em todo o percurso da pessoa cirúrgica, com o objetivo de prevenir alterações da função respiratória, mas também da sua recuperação através da reeducação funcional respiratória, sendo esta uma vasta área de intervenção da enfermagem de reabilitação.

Na busca da melhoria da qualidade dos cuidados em saúde e na evidencia científica, desenvolvemos um estudo e optamos pela metodologia de trabalho projeto. No diagnóstico de situação, utilizamos a entrevista semiestruturada realizada a seis pessoas no pré-operatória de cirurgia abdominal e concluímos que no pré-operatório não são dotados de conhecimentos nem habilidades sobre exercícios respiratórios, mas consideram importantes e úteis. Recorremos, ainda, à análise SWOT onde foram identificamos vários pontos fortes. No sentido de dar resposta ao identificado, propomos a criação de uma consulta de enfermagem pré-operatória de reeducação funcional respiratória, tendo como objetivos: Capacitar a pessoa submetida a cirurgia abdominal para a execução de exercícios respiratórios no pré e pós-operatório e prevenir complicações respiratórias na pessoa submetida a cirurgia abdominal. Procedemos ao planeamento de sessões que consideramos dar resposta aos objetivos atendendo a que vão de encontro às necessidades identificadas. Apresentamos, ainda, proposta de avaliação do projeto, recorrendo a indicadores capazes de traduzir os ganhos em saúde, através dos contributos dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem

de reabilitação. A etapa de execução não foi operacionalizada pelo facto do projeto ainda não estar aprovado.

Palavras Chave: cirurgia, abdómen, complicações pós-operatórias, ensino, terapia respiratória.

ABSTRACT

To each and every surgical activity there are inherent certain complications, which are adverse events that negatively influence the normal course of recovery of the surgical person. The person is referred to as surgical person from the moment he is diagnosed in surgical forum. The abdominal surgery is a procedure that covers the abdominal cavity, and in this type of surgery respiratory complications are the most common, which result in perioperative morbidity and mortality, contributing to an increase of the internment and reinternment period and consequently more expenses for the health services.

The effectiveness of the functional reeducation programs is supported in literature, both in the prevention of postoperative respiratory complications and in its treatment and reduction of severity in procedures involving the abdominal cavity. These should be started as early as possible in the preoperative period and sustained throughout the postoperative period.

The specialist nurse in rehabilitation nursing is endowed with human, scientific and technical competence that allows him to intervene throughout the surgical person course, with the aim of preventing changes in respiratory function, but also of recovery through respiratory functional reeducation, this is a wide area of intervention for rehabilitation nursing.

In the search for the improvement of health care quality and scientific evidence, we developed a study and we chose for the project work methodology. In the situation diagnosis, we used the semi-structured interview performed to six people in the preoperative period of abdominal surgery and we concluded that in the preoperative period they are not endowed with knowledge or skills about breathing exercises, but considered important and useful. We also used the SWOT analysis where several strengths were identified. In order to respond to the identified, we suggest the creation of preoperative nursing appointment for functional respiratory re-education, with the following goals: to enable the person undergoing abdominal surgery to perform respiratory exercises before and after surgery and to prevent complications in the person undergoing abdominal surgery. We proceed to the planning of sessions that we consider to respond to the goals taking into account that they meet the needs identified. We also present a project evaluation proposal, using indicators capable of translating health gains, through the contributions of specialized nursing care in rehabilitation nursing. The implementation stage was not operationalized because the project was not yet approved.

Key words: surgery, abdomen, postoperative complications, teaching, respiratory therapy.

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Salete Soares e Maria José Fonseca, orientadoras deste trabalho Projeto de mestrado, pelo incentivo e apoio, disponibilidade e partilha de conhecimento para a concretização do presente trabalho;

À Enfermeira Helena Monteiro, Especialista em Enfermagem de Reabilitação a exercer funções no bloco operatório que me despertou e motivou para a realização deste trabalho na temática de reeducação funcional respiratória pré-operatória na pessoa cirúrgica;

A todos os participantes que tornaram possível a concretização desta investigação;

Aos colegas enfermeiros e amigos pelo carinho, compreensão, incentivo e motivação, que me ajudaram a superar os momentos de desânimo para continuar este percurso, até à sua concretização;

À Tânia minha prima que me ajudou e motivou a ultrapassar as dificuldades na concretização deste meu percurso académico;

À minha companheira neste caminho e amiga de sempre Margarida, pelo que é para mim, pela sua presença e companheirismo nos momentos difíceis e que me ajudou a não desistir fazendo acreditar que era capaz;

Aos meus Pais que sem eles não era possível concretizar este Projeto, pelo incentivo e apoio na minha vida familiar, pois na minha ausência para com as minhas filhas eles estiveram presentes;

Ao meu marido que no seu silêncio compreendeu os momentos de ausência e mau humor e sempre acreditou que eu era capaz,

As minhas filhas Filipa e Inês que são a minha vida, pelo tempo que não lhes dediquei, pela minha ausência, por vezes sem compreenderem a minha impaciência para com elas, sempre me responderam com Amor que me fortaleceu, foi por elas que cheguei aqui...

“Sucesso não é a chave para a felicidade;
Felicidade é a chave para o sucesso.
Se você ama o que faz, você será bem-sucedido”

Albert Schweitzer

ÍNDICE

RESUMO	ii
ABSTRACT	iv
AGRADECIMENTOS	vi
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS	x
SIGLAS	xi

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 – A REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA NA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA ABDOMINAL	15
1 – A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA	16
1.1 – Cirurgia Abdominal	17
1.2 – Complicações da Cirurgia Abdominal	21
1.3 – Complicações Respiratórias Após Cirurgia Abdominal.....	22
2 – REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA	28
2.1 – Reeducação Funcional Respiratória no Doente Cirúrgico	32
2.2 – Programa de Reeducação Funcional Respiratória na Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal	45
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA DO PROJETO	46
1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	49
1.1 – Problemática	49
1.2 – Contexto e Participantes	50
1.3 – Instrumento e Procedimento de Colheita de Dados	55
1.4 – Procedimentos da Análise de Dados	56
1.5 – Considerações Éticas	58
1.6 – Apresentação, Análise e Discussão de Resultados	59
1.7 – Análise SWOT para Consulta de Enfermagem de Reabilitação Pré-Operatória.....	81
2 – OBJETIVOS	84
3 – PLANEAMENTO	85
4 – EXECUÇÃO	92
5 – AVALIAÇÃO	93
CONCLUSÃO	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

APÊNDICES.....	121
APÊNDICE I – GUIÃO DA ENTREVISTA.....	122
APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO	124
APÊNDICE III – MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS	126
APÊNDICE IV – GRELHA DE AVALIAÇÃO.....	133

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Figuras

Figura 1 – Classificação do tipo de cirurgia.....	18
Figura 2 – Complicações comuns no Pós-Operatório, Monahan [et al.], 2010	22
Figura 3 – Plano de RFR - Cordeiro e Mendoça (2014)	30
Figura 4 – Plano de RFR – Soares (2017)	45

Quadros

Quadro 1 – Categoria de cirurgias abdominais segundo Boden, Reeve (2016)	20
Quadro 2 – Sistema de classificação do estado físico- ASA (2014)	25
Quadro 3 – Técnicas de RFR.....	31
Quadro 4 – Estudos de RFR no pré-operatório	34
Quadro 5 – Estudos de RFR no pós-operatório	39
Quadro 6 – Estudos de RFR no pré e pós-operatório	41
Quadro 7 – Caracterização dos participantes.....	52
Quadro 8 – Definição de termos	58
Quadro 9 – Áreas Temáticas, Categorias e Sub-categorias.....	59
Quadro 10 – Análise SWOT.....	82

SIGLAS

ASA - American Society of Anesthesiology

AESOP - Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

CRP - Complicações respiratórias pós-operatórias

DGS - Direção Geral de Saúde

DPOC-Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER-Enfermagem de Reabilitação

INE-Instituto Nacional de estatística

OE - Ordem Enfermeiros

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RR - Reabilitação Respiratória

SNS - Serviço Nacional de Saúde

INTRODUÇÃO

A Reeducação Funcional Respiratória (RFR) é uma das áreas de intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EEER), segundo a Ordem de enfermeiros (OE 2018, p.19):

“Os problemas respiratórios poderão ter repercussões significativas na autonomia da pessoa e na sua qualidade de vida. Sinónimos dessa importância são os dados epidemiológicos dessa condição, que traduzem a volumosa necessidade de intervenção e envolvimento por parte do EEER.”

Os benefícios da reabilitação respiratória (RR), segundo Simão (2017), são há muito tempo conhecidos, considerando uma área de intervenção urgente. Este mesmo autor refere que a relação custo benefício é positiva, pois a sua implementação não acarreta grande investimento económico e reduzirá os custos causados por doenças respiratórias, como por exemplo as hospitalizações e a duração destas. No entanto é particularmente inexistente em Portugal.

A cirurgia é uma experiência única para cada pessoa e dependente de fatores psicossociais e fisiológicos subjacentes a cada vivência. Independentemente das razões cirúrgicas, os doentes reagem tipicamente ao ato em si, com ansiedade em resultado da sensação de perda de controlo e fracasso (Lopes, 2011).

Ao longo dos tempos têm sido estudadas e descritas, as alterações da função respiratória associada à cirurgia abdominal (Rodrigues, 2015). Vários estudos comprovam que a manipulação abdominal, provoca a diminuição reflexa do nervo frénico e por sua vez a paresia do diafragma que influencia na diminuição das capacidades pulmonares e volumes respiratórios (Neto [et al.], 2005; Gastaldi [et al.], 2008; Ribeiro [et al.], 2008, citados por Isaías, Sousa e Dias, 2012). Posto isto, as principais complicações são insuficiência respiratória, pneumonia, derrame pleural e atelectasias (Ávila e Fenili, 2017).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 9) um dos indicadores dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem em reabilitação é a “procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Reabilitação, previne complicações para a saúde dos clientes.”

Para Fortin (2009) o início de uma investigação é uma situação que provoca ao investigador interrogações, inquietações e que requer uma elucidação ou pelo menos uma melhor compreensão.

Assim, a questão de partida para este projeto de investigação é: Qual o conhecimento da pessoa submetida a cirurgia abdominal, sobre RFR?

A escolha desta problemática decorreu da observação/reflexão e inquietação do contexto da prática, atendendo a que no contacto diário no período intraoperatório, e pós-operatório com pessoas submetidas a este tipo de cirurgia, percebi que estas pessoas não são alvo de qualquer preparação no âmbito de RFR no período pré-operatória, que lhes permita a aquisição de recursos que contribuam para que no pós-operatório possam respirar eficazmente, eliminar secreções e deste modo prevenir infeções respiratórias.

Da relação entre reeducação funcional respiratória e a intervenção do enfermeiro de reabilitação no período pré-operatório, surgiu a pertinência de elaboração do presente projeto, tendo como temática a reeducação funcional respiratória na pessoa submetida a cirurgia abdominal.

A realização de um projeto, como o próprio nome indica consiste num início de um percurso a desenvolver que têm como meta atingir os objetivos pretendidos. A Missão de um é projeto preparar, orientar e prever o caminho que posteriormente se irá desenvolver (Serrano, 2008).

As criações de um projeto têm implícito a antecipação da construção de uma representação real, para a concretização dos objetivos pretendido. Na construção organização e desenvolvimento de um projeto têm que haver permanentemente uma reflexão sobre os objetivos definidos, o que é importante manter e o que é necessário alterar (Agostinho, 2017).

A metodologia de trabalho projeto é sustentada por etapas sendo estas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação de resultados.

Neste trabalho projeto o diagnóstico de situação permitiu-nos identificar os problemas e necessidades das pessoas submetidas a cirurgia abdominal nesta instituição de saúde.

Os objetivos orientaram o processo para a resolução dos problemas identificados, para a resolução da necessidade de intervenção de cuidados especializados de reabilitação, surgindo a necessidade de criação de uma consulta de Enfermagem de Reabilitação pré-operatória. No planeamento desta consulta, foram desenvolvidas sessões de RFR com a finalidade de satisfazer as necessidades reconhecidas. A execução não foi possível, no entanto procedeu-se ao desenvolvimento de um procedimento de

avaliação deste projeto, através de estratégias e instrumentos que permitiram verificar os resultados e a consecução dos objetivos.

Na pesquisa bibliográfica recorri a várias bases de dados nomeadamente Scielo, B-on e RCAAP. Os descritores utilizados foram definidos através da base de dados designada, Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), sendo eles: cirurgia, abdómen, complicações pós-operatórias, ensino, terapia respiratória. Como fonte complementar recorri pesquisa em livros e utilizei o motor de busca *Google* e *Google Scholar*.

O presente trabalho é constituído por dois capítulos: o enquadramento teórico, onde se pretendeu fazer uma revisão da literatura, que sustente e fundamente a investigação. De seguida procede-se enquadramento metodológico, onde são abordados aspetos essenciais que norteiam este projeto, nomeadamente, o diagnóstico de situação, os objetivos, o planeamento, a execução sendo esta etapa exposta, mas não sendo possível a sua execução, por último apresentamos a proposta para avaliação do projeto e finalizamos com a conclusão sobre o trabalho realizado.

**CAPÍTULO 1 – A REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA NA PESSOA
SUBMETIDA A CIRURGIA ABDOMINAL**

1 – A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA

Para a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.8) “pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se.” As ações da pessoa são influenciadas pelo meio que a envolve, tonando-se agente ativa no encontro da harmonia e equilíbrio, com o objetivo de alcançar melhores níveis de saúde, desenvolvendo comportamentos com base nas crenças, valores e desejos individuais. As funções fisiológicas, apesar de não serem fatores intencionais, são influenciadas pela condição psicológica da pessoa, sendo esta influenciada pelo conforto físico e bem-estar. Esta relação, permite a unicidade e individualidade de cada um, por este motivo, a pessoa tem de ser considerada como um ser único e indivisível (OE, 2001).

A pessoa é referida como pessoa cirúrgica, a partir do momento que lhe é realizado um diagnóstico do foro cirúrgico através da avaliação inicial recorrendo a história clínica e exames complementares (Rodrigues, 2015).

A cirurgia é um procedimento terapêutico para a resolução de distúrbios fisiopatológicos que acarretam riscos tal como, perda de órgãos ou partes de órgão, risco de vida, além do transtorno causado pela intervenção cirúrgica. A pessoa submetida a uma cirurgia não deveser vista como “uma incisão cirúrgica”, mas como um todo (Carvalho [et al.], 2010, p.85). Esta é uma experiência única para cada um, pois estão subjacentes fatores psicossociais e fisiológicos próprios de cada pessoa. Esta desperta reações de stress psicológico manifestado por ansiedade e medo do desconhecido, “stress” fisiológico que se demonstra em reações neuroendócrinas, e por fim “stress” social que implica por vezes, alterações familiares e das funções e/ou papéis (Monahan [et al.], 2010).

A pessoa que será submetida a cirurgia poderá apresentar diferentes sentimentos causados por receios de eventuais consequências da cirurgia, nomeadamente a alteração da imagem corporal, o medo do diagnóstico reservado, a falta de conhecimentos sobre a anestesia, medos da dor, de se lembrar de experiências traumáticas que ocorram durante a cirurgia, ansiedade no pós-operatório e ainda medo de perder funções (Queirós e Ventura, 2016).

Segundo a Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP, 2006) a pessoa submetida a cirurgia necessita de cuidados de enfermagem especializados prestados por profissionais com competências para cuidar da pessoa de acordo com o seu estado de saúde. Os cuidados perioperatórios são definidos pela AESOP (2006, p.9) como um “Conjunto de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros

perioperatórios para dar resposta às necessidades do doente submetido a cirurgia ou qualquer procedimento invasivo”.

A enfermagem perioperatória é centrada na pessoa, pretende dar respostas às alterações fisiológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais do indivíduo causadas pela cirurgia (Monahan [et al.], 2010).

O período perioperatório para Monahan [et al.], (2010) inicia-se no diagnóstico médico e termina na alta clínica, compreendendo três momentos, o pré, intra e pós-operatório:

- Período pré-operatório inicia-se após a tomada de decisão da intervenção cirúrgica e termina no momento em que a pessoa entra para o bloco operatório;
- Período intraoperatório, começa com a entrada da pessoa na sala cirúrgica e termina quando a pessoa é transferida para a unidade cuidados pós anestésicos ou outra unidade de cuidados conforme as necessidades específicas da pessoa,
- Período pós-operatório inicia -se quando a pessoa é transferida para unidade pós-anestésica adequada após a cirurgia e termina com alta da pessoa da unidade cirúrgica para o domicílio ou outra instituição clínica.

A segurança e o bem-estar da pessoa são o principal objetivo durante todo o período perioperatório para uma adequada recuperação/reabilitação da pessoa cirúrgica (Carvalho [et al.], 2010).

1.1 – Cirurgia Abdominal

O termo Cirurgia provém do latim *chirurgia* que tem origem do termo grego *kheirourgia*, de *kheír*, mão + *érgon*, trabalho. Etimologicamente a cirurgia significa trabalho manual, arte, ofício, no qual se empregam as mãos para a sua execução, em medicina a utilização do termo cirurgia pretende designar procedimentos terapêuticos que exigem trabalho manual (Rezende, 2005).

Para Venes (2001) citado por Monahan [et al.], (2010, p.245), cirurgia “é o ramo da medicina que realiza os procedimentos manuais e instrumentais, para a correção de deformidades e defeitos, reparação de lesões, e diagnóstico e cura de certas doenças”.

Maioritariamente, os procedimentos cirúrgicos, identificam o local da cirurgia e o tipo de cirurgia efetuada, no entanto algumas cirurgias tem o nome do cirurgião que desenvolveu o procedimento (Monahan [et al.], 2010).

Segundo Monahan [et al.] (2010), as cirurgias são classificadas de acordo com o grau de risco, extensão, objetivo, local anatómico e o momento de oportunidade ou o local físico (Figura 1):

Figura 1 – Classificação do tipo de cirurgia

Grau de risco	<ul style="list-style-type: none"> • Pequena: cirurgia simples que representa pouco risco para a vida; • Grande: cirurgia extensa que pode implicar a vida.
Extensão	<ul style="list-style-type: none"> • Minimamente invasiva: realizadas de forma endoscópica; • Aberta: envolvem abertura tradicional da cavidade orgânica; • Simples: cingidos a um local anatómico; • Radical: não se cingem ao local anatómico, envolvem disseção de tecido e estrutura subjacentes.
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico; • Reestruturação/reconstrução; • Paliativo; • Ablativa; • Plástica.
Localização	<ul style="list-style-type: none"> • Das partes anatómicas/sistemas orgânicos.
Momento de Oportunidade/ Local físico	<ul style="list-style-type: none"> • Eletiva/programada; • Urgente; • Emergente; • Cirurgia de ambulatório.

A Cirurgia abdominal é um procedimento cirúrgico que envolve o abdômen sendo este definido por Clayton (2010, p.2):

“Parte do tronco localizada entre as costas, abaixo do diafragma, incluindo a parte inferior da cavidade abdominopélvica. Contém o estômago, parte inferior do esôfago, intestinos delgados e grosso, fígado, vesícula biliar, baço, pâncreas e bexiga.”

Boden e Reeve (2016, p.33), refere que “a cirurgia abdominal é realizada para remover o tecido canceroso, para resolver perfurações do tecido visceral ou para remover o intestino inflamatório segmentos, crescimento benigno ou aneurismas vasculares”.

A intervenção cirúrgica abdominal pode ser realizada por dois métodos laparotomia ou laparoscopia. Segundo Rothock (2008, p.315) “uma abertura feita através da parede

abdominal para dentro da cavidade peritoneal é chamada laparotomias”. A cirurgia laparoscópica por vezes designada por cirurgia minimamente invasiva, é uma cirurgia realizada com recurso a instrumentos introduzidos na cavidade abdominal que permitem a visualização da cavidade abdominal e são manipulados fora do corpo para a realização da intervenção. Para Rothock (2008, p.318) “laparoscopia é uma conduta fundamentada na técnica para cirurgia abdominal para acesso abdominal mínimo”.

Para Boden e Reeve (2016) a cirurgia abdominal pode ser classificada tendo em conta a localização e o tipo de incisão/técnica cirúrgica utilizada. A cirurgia abdominal superior envolve todas as cirurgias efetuadas acima da linha umbilical, por sua vez, a cirurgia abdominal inferior envolve todas as cirurgias realizadas abaixo da linha umbilical. Os mesmos autores acrescentam que a cirurgia pode ser aberta (laparotómica, com uma incisão > 5cm), laparoscópica ou uma combinação das duas.

O quadro seguinte, demonstra algumas das categorias de cirurgia abdominal bem como alguns exemplos de cirurgia associadas ao mesmo, segundo Boden e Reeve (2016).

Quadro 1 – Categoria de cirurgias abdominais segundo Boden, Reeve (2016)

Categoria cirúrgica	Exemplos de cirurgia
Colorretal	Resseção anterior colorretal Resseção abdominoperineal Hartmann Hemicolectomia Resseção anterior baixa Colectomia Colectomia parcial Proctocolectomia Reversão de Hartmann Colectomia do sigmoide Resseção do intestino delgado Resseção anterior do reto Retosigmoidectomia Apendicectomia
Gástrica	Resseção hepática Esofagectomia Colecistectomia Correção cirúrgica da hérnia do hiato Cirúrgica pancreática Whipples Gastrectomia
Urologia	Adrenalectomia Excisão do ducto cístico Nefrectomia Cistectomia Radical Pieloplastia Cistoprostatectomia Radical Prostatectomia Radical
Outras	Laparotomia exploradora Esplenectomia Amputação pélvica Correção cirúrgica da hérnia inguinal Histerectomia abdominal

Após a realização de uma cirurgia segundo Stracierri (2008, p.2), “pode gerar-se uma doença pós-operatória de evolução imprevisível. Apesar da perícia técnica e evolução da doença pós-operatória, todas as operações são perigosas. Nenhuma delas é isenta de complicações.”

Os cuidados pré-operatórios têm sido desenvolvidos, no entanto as complicações pós-operatórias continuam a afetar a recuperação da pessoa submetida a cirurgia abdominal (Ávila e Fenili, 2017).

Embora a erradicação total das complicações seja uma utopia, intervir na sua ocorrência poderá proporcionar benefícios para melhoria de qualidade de vida, bem-estar e segurança da pessoa, assim como, diminuir custos e recursos.

1.2 – Complicações da Cirurgia Abdominal

As complicações das cirurgias tornaram-se uma das principais causas de morbidade e mortalidade a nível mundial. O aumento exponencial da cirurgia “major” a nível mundial acarretou alterações significativas a nível da saúde pública. As taxas de mortalidade e de complicações após cirurgia são difíceis de calcular, no entanto a taxa de ocorrência de complicações cirúrgicas é de 3-22% e de mortalidade é de 0,4-0,8% - segundo Portugal (2010).

As complicações, são eventos adversos que surgem no decorrer do internamento ou mesmo após este, e não são conferidas à evolução natural da doença, mas sim causadas pelo processo de cuidado ou tratamento (Coelho, 2014).

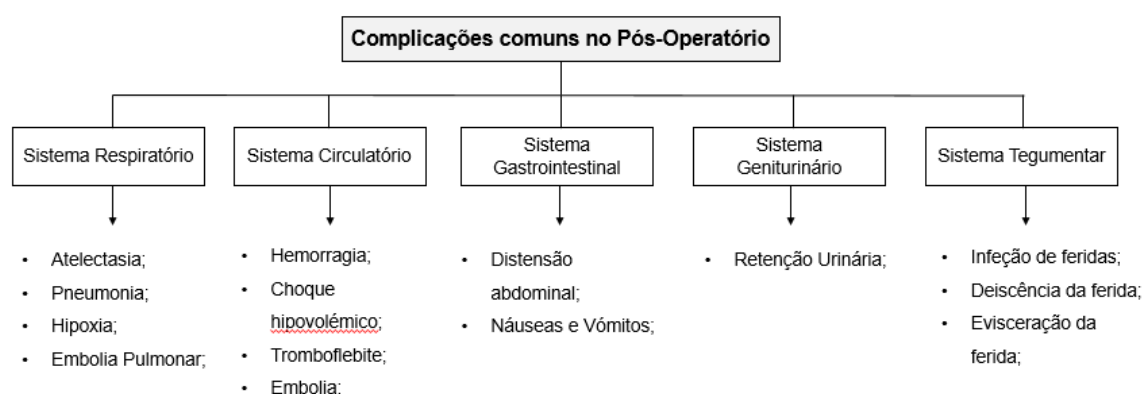
Por sua vez as complicações cirúrgicas são definidas pela OE (2018, p.236) “como qualquer disfunção que ocorra no período pós-operatório e que resulte em doença ou disfunção clinicamente significativa afetando negativamente o normal decurso da recuperação”.

Na pessoa cirúrgica, as complicações são divididas em complicações intraoperatórias e complicações pós-operatórias. As primeiras referem-se às que surgem no momento da intervenção cirúrgica e as segundas surgem depois da intervenção.

Segundo Stracierri, (2008, p.2), as complicações pós-operatórias, são classificadas em imediatas/precoces (surgem nas primeiras 24h), mediatas (até o sétimo dia pós cirurgia), tardias (depois alta hospitalar). Para Coelho (2014, p.13) “a complicação pós-operatória não é mais que evento adverso ocorrido após a intervenção cirúrgica, sem a evidência que este estivesse presente ou em incubação no momento de admissão.”

As complicações cirúrgicas são subadjacentes a toda a atividade cirúrgica. Estas podem provocar um compromisso funcional temporário ou definitivo, aumentar o tempo de internamento, consequentemente aumento significativo dos custos e por vezes morte da pessoa. No período pós-operatório existe sempre uma grande probabilidade de surgirem diversas complicações nomeadamente as de origem respiratória, circulatória, gastrointestinal (Possari, 2009).

Figura 2 – Complicações comuns no Pós-Operatório, Monahan [et al.], 2010



O surgimento de complicações pós-operatórias está relacionado com as condições pré-operatórias, tipo de cirurgia assim como as intercorrências cirúrgicas ou anestésicas (Possari, 2009). Cada tipo de cirurgia influencia notavelmente o surgimento de determinadas complicações assim como a frequência (Coelho, 2014).

Para Castro [et al.] (2017), as complicações da cirurgia abdominal são o choque, trombose, evisceração, ílio paralítico e complicações respiratórias. Por sua vez, Ávila e Fenili (2017) referem que, das complicações cirúrgicas, as mais comuns estão relacionadas com infecção do local cirúrgico sendo que as respiratórias constituem o segundo tipo mais frequente.

A cirurgia abdominal influencia a dinâmica ventilatório da pessoa, diminui os volumes e a capacidade ventilatório prejudicando a trocas gasosa que consequentemente aumenta o risco de complicações respiratórias no pós-operatório, sendo estas a maior causa de morbidade pós-operatória (Rodrigues, 2015).

1.3 – Complicações Respiratórias Após Cirurgia Abdominal

As complicações respiratórias são definidas por Ávila e Fenili (2017) como condições que afetam o trato respiratório e que influenciam negativamente o pós-operatório, estas são a principal causa da morbidade e mortalidade perioperatória, contribuindo ainda para o aumento do tempo de internamento, e reinternamentos, originando maiores gastos no serviço de saúde.

Para Silva [et. al] (2013) citado por Ávila e Fenili (2017), as complicações respiratórias pós-operatórias (CRP) são mais comuns em cirurgias torácicas e abdominais com incidência variando de 12 a 70%. As CRP são, a insuficiência respiratória, derrame

pleural, pneumonia, necessidade de ventilação assistida prolongada, necessidade de entubação endotraqueal, broncospasmo, traqueobronquite, edema agudo do pulmão, pneumotórax, atelectasia e embolia pulmonar. Estas complicações são também confirmadas por Stewart (2017) e por Ávila e Fenili (2017).

Segundo OE (2018, p.236) as complicações respiratórias que surgem no pós-operatório são: “pneumonia, broncospasmo, falência respiratória, atelectasias, hipoventilação, hipoxia e infecções. Cerca de 65% das pessoas submetidas a cirurgia, desenvolvem atelectasias e 3% adquirem pneumonias”.

As complicações respiratórias que surgem no pós-operatório para Isaías, Sousa e Dias (2014), influenciam a morbidade, mortalidade e o tempo de permanência no hospital apesar dos progressos que se tem verificado, com a intervenção dos profissionais de saúde no pré, intra e pós-operatório.

Existem fatores preditivos para o desenvolvimento de complicações pós-operatórias, o conhecimento prévio destes permitem a criação de estratégias de prevenção de complicações pós-operatórias e, conseqüentemente, melhorar os resultados cirúrgicos (Coelho, 2014).

A pessoa submetida a cirurgia abdominal apresenta fatores que levam ao comprometimento ventilatório e, conseqüentemente complicações podendo estes serem fatores intrínsecos/risco e fatores relacionados com o procedimento cirúrgico.

Para Isaías, Sousa e Dias (2014), os fatores de risco que podem aumentar a incidência de CRP são a idade, obesidade, tabagismo, doença pulmonar e desnutrição. Ávila e Fenili (2017) acrescenta também como fator a diabetes e presença de neoplasia. Stewart (2017), diz-nos no seu estudo que cerca de 401 pessoas (33,4%) que desenvolveram complicações pulmonares pós-operatórias eram mais velhos, com hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crónica e neoplasia.

A idade contribui para CRP, uma vez que, segundo Ávila e Fenili (2017, p.290) “O envelhecimento fisiológico do sistema respiratório leva a diminuição da elasticidade do parênquima complacência pulmonar, da força dos músculos envolvidos na respiração, além de diminuição da superfície alveolar e dos cílios do trato respiratório.” Esta alteração pode provocar diminuição do reflexo da tosse e conseqüentemente diminuição da capacidade de defesa para a infeção, uma vez que a tosse é principal resposta fisiológica para eliminação de secreções do sistema respiratório, (Santos [et al.], 2017).

A obesidade e a desnutrição para Taylor, Deboard, Gauvin (2015) e Ávila e Fenili (2017) são os dois extremos nutricionais que influenciam as CRP. A obesidade influencia, uma

vez que, em pessoas obesas existe uma acumulação excessiva de tecido adiposo junto aos músculos respiratórios, ou seja, na cavidade torácica e abdominal, provocando uma maior dificuldade de mobilidade diafragmática, originando uma diminuição da complacência pulmonar. Estas pessoas, apresentam diminuição da relação ventilação perfusão, devido à sub-ventilação e à elevada necessidade de perfusão tecidual. Por sua vez, devido à dificuldade em mobilizar-se existe um maior risco de embolismo pulmonar e trombose venosa profunda. O outro extremo de estado nutricional é a desnutrição, esta diretamente relacionada com uma baixa de albumina, provocando uma alteração na dinâmica pulmonar e funcionamento dos músculos respiratórios estando relacionado com a maior taxa de pneumonia.

Para Ávila e Fenili (2017) a ocorrência de CRP em pessoas com neoplasias está diretamente relacionada com a facto das pessoas com patologia oncológica apresentarem síndrome de anorexia-caquexia, caracterizando-se por perda involuntária de peso, desnutrição, alterações imunológicas, fisiológicas e metabólicas.

O tabagismo provoca alterações dos cílios da mucosa traque-brônquica e aumenta a produção de secreções levando ao estreitamento das vias aéreas e aumentando a probabilidade de colapso alveolar e consequentemente infeção das vias aéreas (Taylor [et al.], 2015). Por sua vez Costa, Faresin e Falcão (2014) diz-nos que o tabagismo é um fator de risco de desenvolver CRP, mesmo que não haja outra patologia respiratória associada.

A presença de doença pulmonar prévia à cirurgia é também um fator de risco para desenvolver CRP, nomeadamente na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), uma vez que existe uma obstrução que aumenta a resistência à passagem do fluxo do ar, reduzindo a ventilação dos alvéolos, determinando a presença de áreas mal ventiladas que vão originar vasoconstrição pulmonar hipóxica. A DPOC caracteriza-se por ser uma patologia obstrutiva, em que existe uma diminuição da capacidade expiratória e por sua vez há uma alteração na mecânica diafragmática devido à hiperinsuflação pulmonar (Cordeiro e Menoita ,2014).

Ávila e Fenili (2017, p.288), identificaram a relação entre os valores de hemoglobina glicada e o risco de CRP:

“...mesmo com a hemoglobina glicada em níveis inferiores aos estabelecidos para o diagnóstico de diabetes mellitus. Os pacientes diabéticos da amostra apresentam um risco de cinco vezes maior de apresentar esse desfecho, enfatizando o controle metabólico previamente ao procedimento cirúrgico como fator importante na prevenção complicações respiratórias”.

Todos os procedimentos cirúrgicos dentro da cavidade abdominal, segundo Costa, Faresin e Falcão (2014) são procedimentos que levam à alteração do sistema respiratório e consequentemente a maior risco de complicações respiratórias, a via laparoscópica pode minimizar estas alterações, mas não suprime o risco de complicações respiratórias. A duração do procedimento cirúrgico, maior que 3h é também um fator de risco para surgirem CRP.

Schiphorst [et al.] (2015) realizaram uma pesquisa bibliográfica para comparar as complicações cardíacas e pulmonares após cirurgia cólon-retal por via aberta ou via laparoscópica. Incluíram 18 estudos em que a média de idades era 56/76 anos e pessoas de ASA III, concluindo que a evidência de complicações pulmonares variou de 0-11% e não houve nenhum benefício para cirurgia por via laparoscópica embora tenha uma menor tendência na colectomia por via laparoscópica.

A American Society of Anesthesiology (ASA) (2014) define o estado físico da pessoa como sendo um preditor importante na morbidade e mortalidade da cirurgia. A escala da ASA, baseia-se em condições de comorbidades que são uma ameaça à vida ou que limitam a atividade e, portanto, ajudam na predição de riscos pré-operatório.

Quadro 2 – Sistema de classificação do estado físico- ASA (2014)

ASA I	Paciente normal e saudável
ASA II	Paciente com doença sistêmica leve
ASA III	Paciente com doença sistêmica grave
ASA IV	Paciente com doença sistêmica grave que é uma ameaça constante à vida
ASA V	Um paciente moribundo que não é esperado para sobreviver sem a operação
ASA VI	Um paciente declarado com morte cerebral cujos órgãos estão sendo removidos para propósitos do doador

Segundo Ávila e Feniti (2017) a classificação de risco pela ASA, também se mostra associada a CRP. Para Isaías, Sousa e Dias (2014) a anestesia geral apresenta efeitos secundários no aparelho respiratório, pela necessidade de intubação endotraqueal, utilização de medicação, gases anestésicos e de quantidades de oxigênio em volumes elevados provocando um aumento da viscosidade e consequentemente maior dificuldade de mobilização. Por sua vez Costa, Faresin e Falcão (2014) diz que o uso de relaxantes neuromusculares, para um correto relaxamento da cavidade abdominal,

de forma a permitir o ato cirúrgico, alteram a mecânica ventilatória. O uso de relaxantes neuromusculares aumenta a incidência de CRP, por deprimir o reflexo de tosse e permitir microaspirações. A longa exposição aos anestésicos gerais poderá promover alterações nas trocas gasosas e imunossupressão provisória devido à diminuição da produção de surfactante, aumenta a permeabilidade alveolocapilar, altera a função de macrófagos alveolares e diminui a limpeza mucociliar. Os mesmos autores defendem que a posição de supina provoca alteração da ação do diafragma, resultando na redução dos volumes e capacidades pulmonares.

A disfunção diafragmática ocorre devido à diminuição da amplitude do diafragma, talvez em consequência da inibição reflexa da estimulação do nervo frénico, que acontece com a manipulação das vísceras abdominais durante o ato cirúrgico. A eficácia diafragmática é fundamental uma vez que o diafragma é o principal músculo respiratório, responsável por 70 a 80% da ventilação durante a respiração basal de pessoas saudáveis e assintomáticos (Gastaldi [et al.], 2008; Yang [et al.], 2015; Ntulum [et al.], 2016; Javanainen [et al.], 2017; Seeley [et al.], 2011 citado por Soares, 2017).

A dor no pós-operatório é provocada pela manipulação muscular no intraoperatório, pela incisão cirúrgica e por vezes pela existência de dispositivos médicos (drenos, algalia, ostomias, etc.), conduzindo à diminuição da mobilidade da pessoa, limitando a expansão torácica e consequentemente diminuindo a mobilização adequada das secreções. A dor pode provocar um padrão respiratório ineficaz manifestado pela fase inspiratória ser rápida e superficial, alterando a mecânica ventilatória normal, facto este que pode ser agravado pela adoção de uma postura corporal incorreta levando a sinergias respiratórias (Isaias, Sousa e Dias, 2014).

A tosse é importante na prevenção das CRP uma vez que é a principal resposta autónoma e fisiológica tendo como objetivo a limpeza das vias aéreas e remoção de secreções, corpos estranhos e organismos patogénicos para o sistema respiratório (Desalu [et al.], 2010; Xavier; Alvim 2012 citado Santos [et al.], 2017). No estudo de Santos [et al.] (2017), conclui-se que o principal medo dos pacientes em relação à tosse é de provocar deiscência da sutura e, por sua vez a dor limita o reflexo de tossir. A dor no pós-operatório influencia os movimentos da caixa torácica, diminui a capacidade do ato de tossir, originando uma tosse ineficaz.

A utilização de analgésicos no pós-operatório reduz a dor, mas por consequência podem deprimir o centro respiratório diminuindo a eficácia de ação ciliar normal na árvore traqueobrônquica e provocando hipersecreção brônquica e ineficácia dos mecanismos da tosse (Isaias, Sousa e Dias, 2014).

O conhecimento dos fatores preditivos de desenvolvimento de complicações respiratórias pós-operatórias, deverá incitar a implementação de um programa de RFR o mais precocemente, que visa diminuir o risco de complicações e a sua resolução o mais breve possível devendo ser implementado no período pré-operatório e dado continuidade no pós-operatório (OE, 2018).

2 – REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

A Reabilitação segundo a OE (2018, p.19) “é um processo global e dinâmico que visa a recuperação física e psicológica da pessoa com incapacidade, tendo em vista a sua reintegração social”. Neste processo esta envolvida uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde na qual o EEER tem um papel fulcral.

O regulamento nº 125/2011 define as competências do EEER como detentor de competência humana, científica e técnica que permite tomar decisões na promoção da saúde, prevenir complicações, tratar e reabilitar, maximizando o potencial da pessoa. A intervenção do EEER tem como objetivo fazer diagnóstico da situação o mais precoce possível, elaborando um plano de ação de forma a assegurar as capacidades potenciais da pessoa, prevenir complicações e reduzir ao máximo as incapacidades instaladas, a nível da função respiratória, neurológica, cardíaca e ortopédica.

Nas vastas áreas de intervenção do EEER, a RR tem uma grande dimensão pois, segundo a OE (2018, p.19) “Os problemas respiratórios poderão ter repercussões significativas na autonomia da pessoa e na sua qualidade de vida. “

A RR, pode ser definida como:

“A reabilitação pulmonar é uma intervenção baseada em evidências, multidisciplinar e abrangente para pacientes com doenças respiratórias crónicas que são sintomáticos e muitas vezes diminuem as atividades de vida diária. Integrado ao tratamento individualizado do paciente, a reabilitação pulmonar é projetada para reduzir os sintomas, otimizar o estado funcional, aumentar a participação e reduzir os custos com a saúde, estabilizando ou revertendo as manifestações sistêmicas da doença.”

(Nici [et al.], 2006, p.1390).

Inicialmente a RR era dirigida a pessoas com doença pulmonar crónica, sendo este o grupo de pessoas que mais realiza RR (Nice [et al.], 2006). Atualmente a RR é uma mais-valia para todas as pessoas que apresentam sintomas respiratórios, uma vez que estes provocam uma diminuição da capacidade funcional ou redução da qualidade de vida da pessoa.

Para a OE (2018, p.32) a RR pode “aplicar-se em qualquer contexto da prática clínica, nas diferentes situações (agudas ou crónicas) ao longo do ciclo de vida.”

O sucesso de um programa de RR centra-se em três dimensões (OE,2018):

- Multidisciplinariedade: abordagem das necessidades de cada pessoa, elaborando um programa adaptado, global e coerente, realizado por uma equipa multidisciplinar com conhecimentos diversos na área da saúde;
- Individualidade: traçar objetivos individuais adaptados a cada pessoa e às suas expectativas,
- Fatores físicos e sociais: perspetiva holística da pessoa, para se atingir os objetivos e expectativas propostas.

Os objetivos de um programa de RR para a OE (2018) são globais e traduzem uma perspetiva holística da pessoa e multidisciplinar, estes são:

- Minimizar sintomatologia;
- Maximizar a capacidade para o exercício físico;
- Promover a autonomia da pessoa;
- Aumentar a participação social;
- Aumentar a qualidade de vida relacionada com a saúde,
- Efetuar mudanças a longo prazo promotoras de bem-estar.

A RR é um processo holístico que tem como objetivo primordial permitir que a pessoa recupere o seu completo estado físico, mental, emocional, social e profissional. Quando as pessoas se tornam fisicamente mais ativas, aprendem a lidar com o seu atual estado de doença e o objetivo do programa de RR é atingido (OE, 2018).

A RFR para Sousa [et al.], (2009, p.18) “é o conceito mais amplamente usada no âmbito da reabilitação respiratória, dado como o próprio nome indica, têm por objetivo fulcral o restabelecimento funcional da respiração.”

Na literatura a RFR é também designada por cinesiterapia respiratória, para Clayton (2000, p.332) “cinesioterapia é o tratamento por meio de movimentos ou de exercícios”. Olazabel, citado por Cordeiro e Menoita (2014), diz-nos que a RFR é a designação mais utilizada, uma vez que traduz na sua terminologia de forma mais obvia qual o seu objetivo, sendo este o restabelecimento do padrão respiratório. A RFR é” uma terapêutica baseada no movimento que atua nos fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, na ventilação externa e através dela melhorar a ventilação alveolar, utilizando vários exercícios respiratórios” (Testas e Testas; Olazabel, citado por Cordeiro e Menoita (2014, p.61).

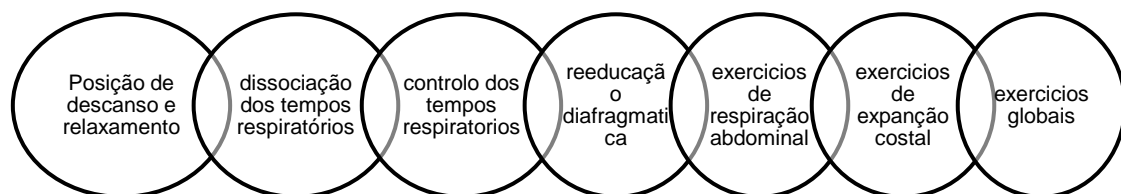
Para Cordeiro e Menoita (2014), os principais objetivos de RFR são:

- Mobilizar e eliminar secreções brônquicas;
- Assegurar permeabilidade das vias aéreas;
- Melhorar a ventilação pulmonar;
- Promover a reexpansão pulmonar;
- Melhorar as trocas gasosas;
- Diminuir o trabalho respiratório;
- Aumentar a mobilidade da caixa torácica e a força muscular respiratória;
- Promover a independência funcional respiratória;
- Prevenir e corrigir as alterações músculo esqueléticas e ventilatórias;
- Aumentar a endurance;
- Melhorar a performance dos músculos respiratórios;
- Reduzir a tensão psíquica e muscular;
- Diminuir subcarga muscular;
- Reeducação para o esforço e prevenir complicações.

As principais limitações para a sua utilização são situações de hemoptises, hemorragia digestiva, febre, edema agudo pulmonar, choque, síndrome de dificuldade respiratória no adulto, embolia pulmonar, tuberculose na fase ativa, cancro do pulmão e pleura.

O plano de RFR, tem que ser individualizado, e adaptado à fase da doença, ao grau de escolaridade e capacidade de aprendizagem, condição sociofamiliar e profissional e ao local da sua aplicação, este deve ser realizado de forma sistemática e delineado de acordo com o esquema apresentado na Figura 3.

Figura 3 – Plano de RFR - Cordeiro e Menoita (2014)



Na RFR, são utilizadas diferentes técnicas que Cordeiro e Menoita (2014), apresentam em função da sua base fisiológica e objetivo terapêutico (Quadro 3).

Quadro 3 – Técnicas de RFR

Objetivos	Técnicas de RFR
Reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuindo a subcarga muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de descanso e relaxamento • Consciencialização e controlo da respiração
Prevenir e corrigir os efeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e ventilação alveolar	<ul style="list-style-type: none"> • Expiração com os lábios semicerrados • Respiração diafragmática • Espirometria de incentivo • Exercícios respiratórios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reeducação diafragmática (Porção anterior; Porção posterior) ○ Reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda ○ Reeducação diafragmática com resistência (manual/com dispositivos) ○ Reeducação costal (global/seletiva)
Assegurar a permeabilidade das vias aéreas	<ul style="list-style-type: none"> • Manobras de limpeza das vias aéreas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ensino da tosse (assistida/dirigida) ○ Drenagem postural clássica ○ Drenagem postural modificada ○ Manobras acessórias (percussão/vibração/compressão/vibrocompressão); ○ Flutter/Acapela ○ Pressão positiva expiratória ○ Expiração lenta total com a glote aberta em decúbito lateral ○ Ciclo ativos das técnicas respiratórias
Impedir a formação de aderências pleurais para manter e recuperar a mobilidade costal e diafragmática	<ul style="list-style-type: none"> • Terapêutica de posição • Abertura costal seletiva
Corrigir os defeitos posturais	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de correção postural com recurso e espelho quadriculado
Reeducar no esforço	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de mobilização torácica e osteoarticular; • Treino de exercício aeróbio; • Treino das atividades de vida diária.

Para Heitor [et al.] citado por Cordeiro e Menoita (2014), as principais indicações da RFR são: patologia broncopulmonar, patologia da pleura, alterações da caixa torácica,

patologia neuromuscular, patologia cardíaca, geriatria e gerontologia, situações do foro médico e situações do foro cirúrgico.

2.1 – Reeducação Funcional Respiratória no Doente Cirúrgico

Nos procedimentos cirúrgicos, nomeadamente nos que envolvem a cavidade abdominal e provocam uma alteração da função respiratória, os programas de RFR têm sido evidenciados na prevenção de complicações pós-operatórias, tratamento e redução da gravidade dessas complicações (Saltiel [et al.], 2012). No seu estudo, Soares (2017), também afirma que os programas de RFR trazem benefícios tanto na prevenção de complicações como na recuperação das mesmas, sendo uma terapêutica que usa maioritariamente o movimento na sua intervenção e atua nos fenómenos mecânicos da respiração, isto é, na ventilação externa e através dela na ventilação alveolar usando exercícios respiratórios.

A RFR na pessoa cirúrgica deve iniciar-se no pré-operatório com o ensino e treino dos exercícios e cuidados a ter após a cirurgia, mantendo-se durante todo o internamento hospitalar, de forma a maximizar a função pulmonar e minimizar os sintomas respiratórios (Costa, Faresin e Falcão, 2014).

Segundo Bosco [et al.] (2013) a pessoa submetida a uma cirurgia apresenta diversos medos, receios, que alteram o seu estado, o contacto com o enfermeiro na fase pré-operatória ajuda a pessoa, no sentido de lhe fornecer informações e diminuir a insegurança. O ensino pré-operatório é compreendido como um processo de desenvolvimento de conhecimentos que favorecem a reabilitação da cirurgia, tornando a pessoa um agente ativo na sua própria recuperação.

O ensino pré-operatório ao ser realizado de forma sistemática e estruturada tem uma influência positiva no processo reabilitação do doente. Contudo, para o plano de ensino ser bem concebido, deve ser estruturado de maneira a adaptar-se às necessidades de aprendizagem da pessoa, às suas expectativas e ansiedade, para que a pessoa participe no processo e retenha informação, sendo relevante escolher o momento que demonstre maior receptividade. No contexto pré-operatório, o ensino é um dos cuidados a ter na visita pré-operatória de enfermagem, uma vez que propicia uma redução de custos de cuidados de saúde, contribuindo para uma melhoria na qualidade de cuidados, proporciona o consentimento informado e ajuda a pessoa a recuperar o seu bem-estar e a adquirir uma maior autonomia (Potter e Perry, 2006; Isaías, Sousa e Dias, 2014).

Para Gonçalves, Cerejo e Martins (2017), os enfermeiros devem investir no incentivo e informação dos cuidados de enfermagem ao longo do período perioperatório, sendo esta uma área autónoma da profissão e relevante na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Boden [et al.](2017) no seu estudo concluiu que a realização de ensinios no período pré-operatório da cirurgia abdominal, se for acompanhada pelo profissional, nomeadamente na realização de sessões de educação/treino de RFR (exercícios respiratórios e deambulação precoce), incute na pessoa cirúrgica uma probabilidade seis vezes maior de se lembrar dos exercícios respiratórios, aumenta a capacidade de aprendizagem e apreensão de conhecimentos da pessoa, do que se apenas disponibilizar material de apoio, nomeadamente os panfletos. Alguns participantes admitiram que pelo facto de o panfleto não ser acompanhado da sessão provocou desinteresse e nem o leram. Conclui-se nesse estudo, que a sessão de educação para a saúde foi a fase mais positiva no pré-operatório, permitindo uma maior adesão ao tratamento, a realização dos exercícios e a prevenção de CRP.

Os ensinios devem incluir o controlo da respiração, posições a adotar em descanso, postura corporal correta, espirometria de incentivo, ensino da tosse dirigida com apoio abdominal, técnica de limpeza das vias aéreas e levante assim que possível. (Sequeira, citado por Leite, 2017).

Para Cordeiro e Menoita (2014) um dos objetivos da preparação pré-operatória é ensinar a pessoa a promover a ventilação pulmonar e oxigenação do sangue, para tal o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), utiliza os seus conhecimentos para pôr em prática várias técnicas.

Para os mesmos autores, um dos objetivos da preparação pré-operatória é ensinar a pessoa a promover a ventilação pulmonar e oxigenação do sangue. Assim, o EEER, com os seus conhecimentos, elabora programas de intervenção sustentados em:

- Ensino da posição de descanso e relaxamento:
 - Diminuir tensão psíquica e muscular;
 - Participação da pessoa no controlo da respiração;
 - Reduzir sob carga muscular;
- Ensino da consciencialização dos tempos respiratórios:
 - Consciencialização da pessoa do que é a respiração;

- Dissociação da respiração em dois tempos, inspirado pelo nariz e expirando pela boca;
- Ensino e controlo da respiração;
 - Adoção de ritmo, amplitude e frequência respiratória adequada;
 - Eficácia da ventilação alveolar, com menor dispêndio de energia;
- Ensino de respiração abdómen diafragmática:
 - Favorece a expansão dos lóbulos pulmonares da base (zonas mais propícias a atelectasia e infeções);
- Ensino de tosse, com contenção da ferida operatória:
 - Manter a permeabilidade das vias aéreas;
 - Apresentar tosse eficaz, diminuindo a dor no local de incisão;
- Ensino de mudança de posição e movimentação ativa do corpo:
 - Realizar exercícios no pós-operatório que melhore a circulação;
 - Previna a estase venosa;
 - Contribui para a eficácia das trocas gasosas,
- Ensino sobre a correção postural:
 - Consciencialização da postura correta no pós-operatório (tendência para fletir o tronco para defesa da dor).

Devido à pertinência dos programas de RFR no pré-operatório de pessoas submetidas a cirurgia abdominal, surgiram nos últimos anos alguns estudos sobre esta temática (Quadro 4).

Quadro 4 – Estudos de RFR no pré-operatório

Designação	Estudo	Objetivos	Principais conclusões
Preoperative Respiratory Physiotherapy in Abdominoplasty Patients Rodrigues [et al.], 2018	QUANTITATIVO ----- Participantes: 33 pacientes divididos em 2 grupos: - GC – 18 - GI – 15 realizaram exercícios respiratórios durante o pré-operatório.	Avaliar o efeito da fisioterapia respiratória pré-operatória no resultado de pessoas submetidas a abdominoplastia.	A fisioterapia respiratória não teve impacto na espirometria, mas pode ter contribuído para reduzir a pressão intra-abdominal no período intraoperatório.

Designação	Estudo	Objetivos	Principais conclusões
Preoperative physiotherapy for the prevention of respiratory complications after upper abdominal surgery: pragmatic, double blinded, multicentre randomised controlled trial Boden, [et al.], 2018	ESTUDO PROSPETIVO, PRAGMÁTICO, MULTICÊNTRICO, RANDOMIZADO ----- Participantes: 441 adultos: - GC – 219 receberam um folheto informativo - GI – 222 realizaram sessão de fisioterapia respiratória pré-operatória.	Avaliar a eficácia de uma única sessão RFR pré-operatória para reduzir as complicações pulmonares pós-operatórias após cirurgia abdominal alta.	Verificou-se que uma sessão de RFR de 30min no período pré-operatório reduz para metade a incidência de complicações pulmonares pós-operatórias mais especificamente a pneumonia, no entanto são necessárias mais pesquisas para investigar os benefícios na mortalidade e da duração do internamento.
Inspiratory muscle training is effective to reduce postoperative pulmonary complications and length of hospital stay: a systematic review and meta-analysis Kendaal, [et al.], 2017	REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE	Avaliar se o treino muscular inspiratório é eficaz para reduzir complicações pulmonares pós-operatórias e o tempo de internamento hospitalar, tanto no pré quanto no pós-operatório em pacientes submetidos a cirurgia abdominal	O treino muscular inspiratório é eficaz para reduzir as complicações pulmonares e o tempo de internamento em doentes submetidos a cirurgia abdominal. A reabilitação é benéfica em todas as idades e níveis de risco, mas os pacientes mais velhos, de alto risco e submetidos a cirurgia pulmonar são os que mais beneficiam
Physiotherapy education and training prior to upper abdominal surgery is memorable and has high treatment fidelity: a nested mixed-methods randomised-controlled study BODEN [et al.], 2017	RANDOMIZADO ----- Participantes: 29 GI – 16 pessoas a quem foi ensinado no pré-operatório exercício RFR GC – 13 pessoas a quem foi entregue panfleto com os exercícios.	Avaliar a eficácia da RFR na cirurgia abdominal superior e verificar a opinião das pessoas sobre a pertinência de realizar RFR no pré-operatório	Ao GI no pré-operatório foram realizadas sessões de educação/treino de RFR (exercícios respiratórios e deambulação precoce), estas pessoas têm uma probabilidade seis vezes maior de se lembrar dos exercícios respiratórios, aumentando a capacidade de aprendizagem e apreensão de conhecimentos do que as pessoas que apenas foi disponibilizado material de apoio. A intervenção no pré-operatório permitiu uma maior adesão ao tratamento, na realização dos

Designação	Estudo	Objetivos	Principais conclusões
			exercícios e na prevenção de CRP
The Physioterapy Management of Patients undergoing Abdominal Surgery Boden, Reeve, 2016	REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	Examinar as evidências que investigam a eficácia das intervenções fisioterapêuticas e aplicá-las às práticas cirúrgicas contemporâneas	A pesquisa sobre fisioterapia no período peri-operatório em pacientes submetidos a cirurgia abdominal é limitada e equivocada; É possível que o custo das complicações pulmonares pós-operatórias após cirurgia abdominal justifique o custo das intervenções de fisioterapia
Postoperative outcomes following preoperative inspiratory muscle training in patients undergoing cardiothoracic or upper abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. Mans,Reeve, Elkins, 2015	REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE	Avaliar se o treino muscular inspiratório pré-operatório é eficaz na prevenção de complicações pulmonares pós-operatórias e na redução do tempo de internamento em pessoas submetidas a cirurgia cardiotorácica ou abdominal alta	O treino muscular inspiratório pré-operatório melhora significativamente a função respiratória (muscular) no período pós-operatório, diminuindo para metade o risco de complicações pulmonares. O treino não aumenta o tempo de internamento, no entanto são necessários mais dados para confirmar se reduz o tempo de internamento
Preoperative inspiratory muscle training for postoperative pulmonary complications in adults undergoing cardiac and major abdominal surgery. Karsura [et al.], 2015	REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	Avaliar a eficácia do treino muscular inspiratório pré-operatório nas complicações pulmonares pós-operatórias em adultos submetidos a cirurgia cardíaca ou abdominal de grande porte	O treino muscular inspiratório pré-operatório está associado à redução de atelectasias no pós-operatório, pneumonia e tempo de internamento em adultos submetidos a cirurgia cardíaca e abdominal de grande porte
Efeitos de um programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia	QUANTITATIVA, QUASE-EXPERIMENTAL E TRANSVERSAL ----- Participantes: 50 GI – 25 pessoas GC – 25 pessoas	Avaliar a efeito do plano de Enfermagem de Reabilitação sobre variáveis fisiológicas, clínicas e a ansiedade nos	O programa de Enfermagem de Reabilitação diminuiu os níveis de ansiedade e aumentou o valor do pico de fluxo expiratório

Designação	Estudo	Objetivos	Principais conclusões
abdominal programada Rodrigues, 2015		doentes submetidos a cirurgia abdominal programada	(PFE) mas não teve efeitos estatisticamente significativos nas restantes variáveis Os resultados vão no sentido de confirmar a necessidade e utilidade da intervenção do EEER na pessoa submetido a cirurgia abdominal programada

Legenda: GC - Grupo de controlo; GI - Grupo de intervenção

Boden e Reeve (2016) na sua revisão sistemática referem que todas as pessoas submetidas as cirurgias abdominais beneficiam com, pelo menos, uma sessão de RFR, concluindo que o alto custo das potenciais CRP compensa a intervenção no pré-operatório.

Rodrigues [et al.] (2018) no seu estudo realizado com pessoas submetidas a cirurgia abdominal nomeadamente abdominoplastias, intervenção cirúrgica que provoca diminuição da função ventilatória e aumento da pressão abdominal, verificou que o grupo de intervenção, que realizou no pré-operatório exercícios respiratórios (espirometria de incentivo, respiração diafragmática, expiração diminuída e inspiração máxima sustentada), durante a intervenção cirúrgica apresentaram diminuição da pressão intra abdominal.

Na cirurgia abdominal, nomeadamente nas que recorrem a técnica laparoscópica, sendo esta uma técnica cada vez mais utilizada, é extremamente importante a pressão intra-abdominal ser baixa (Corrêa [et al.] ,2008), pois as complicações cirúrgicas resultantes da técnica laparoscópica estão relacionadas com o aumento da pressão intra-abdominal.

Os estudos de Boden [et al.] (2017 e 2018) concluíram que a RFR realizada antes da cirurgia abdominal superior contribui para a recuperação da pessoa. Os estudos foram semelhantes, recorreram a entrega de um panfleto informativo ao grupo de controlo, no entanto no estudo de 2018 a amostra era maior e ao GI, apenas realizaram uma única sessão de fisioterapia no pré-operatório, podendo concluir que a incidência das complicações cirúrgicas era reduzida para metade

A redução da CRP está evidenciada no estudo realizado por Mans, Reeve e Elkins (2015), mas estes autores referem que a RFR no pré-operatório não aumenta o tempo de internamento, no entanto não confirmam que o reduz. No entanto, Karsura [et al.],

(2015) e Kendaal [et al.] (2017) confirmam que a RFR diminui as CRP assim como reduzem o tempo de internamento e consequentemente os custos.

O estudo de Rodrigues (2015) foi o único dos referenciados no Quadro 4, realizado por um EEER. Esta investigadora teve como amostra 50 pessoas, divididas em 2 grupos (controlo e intervenção), avaliou a eficácia do programa de RFR pré-operatório a pessoas submetidas a cirurgia abdominal programada. No grupo de intervenção realizou um programa de RFR na fase pré-operatória, e no grupo de controlo não existiu nenhum tipo de intervenção. Concluiu que o programa de RFR diminuiu o nível de dor, contribui para a estabilidade da frequência cardíaca e respiratória e diminuiu os níveis de ansiedade, no entanto este não teve efeitos nos valores de tensão arterial, saturação de oxigénio periférico e fluxo respiratório.

Os artigos supracitados demonstram que as pessoas propostas a cirurgia abdominal que realizaram, no pré-operatório sessões de treino respiratório tiveram benefício no pós-operatório. A evidencia destes artigos demonstra a pertinência da implementação de RFR no pré-operatório para prevenir as CRP.

No pós-operatório os objetivos da RFR, segundo Cordeiro e Menoita (2014) são:

- Diminuir a tensão psíquica e muscular;
- Garantir a permeabilidade das vias aéreas;
- Antever e corrigir defeitos ventilatórios;
- Reeducação para o esforço,
- Corrigir defeitos posturais.

Por sua vez a OE (2018) diz-nos que os programas RFR tem como objetivos

- reduzir os riscos de complicações;
- aumentar a capacidade funcional residual;
- aumentar a qualidade de vida;
- evitar novas hospitalizações.

Os programas de RFR tem que ser adequados a cada tipo de cirurgia. No início do Programa de RFR deve -se optar pela implementação de técnicas de controlo e consciencialização da respiração e reeducação costal, e logo que possível a respiração abomino-diafragmática. No pós-operatório da cirurgia abdominal as técnicas de limpeza das vias aéreas também são recomendadas, com o objetivo de mobilizar secreções da via aérea (OE,2018).

Na cirurgia abdominal tem sido realizado estudos sobre a pertinência de se realizar no pós-operatório RFR ou técnicas desta, que são apresentas no Quadro 5.

Quadro 5 – Estudos de RFR no pós-operatório

Designação	Estudo	Objetivos	Principais conclusões
Eficácia de um protocolo de assistência fisioterapêutica no pós-operatório de cirurgia abdominal eletiva Santos, Danilo [et al.] - 2018	QUANTITATIVO ----- Participantes: 93 pacientes: GI – 49 submetidos a um plano de RFR GC – 44 que receberam orientações de deambulação e inspiração profunda.	Analisar a eficácia de um protocolo de fisioterapia em pacientes no pós-operatório de cirurgias abdominais eletivas	GI melhorou as variáveis referentes a função pulmonar, a capacidade aeróbica e reduziu o tempo internamento, quando comparado ao grupo que só recebeu orientação
Fisioterapia Respiratória no pós-operatório de cirurgia abdominal alta: Revisão de Literatura Silva, Daísa; Filho, Luciano, 2018	PESQUISA BIBLIOGRÁFICA DO TIPO DESCRITIVA ----- Artigos de 2005 a 2017 (recolha dados janeiro e março de 2017).	Debater sobre as informações mais recentes, em literaturas específicas, acerca da fisioterapia respiratória no pós-operatório de cirurgia abdominal alta, bem como confrontar e expor opiniões de diversos autores e estudos	Não foi possível eleger uma terapia que fosse essencial para o tratamento. Por outro lado, todos os estudos ressaltam a importância da fisioterapia respiratória para redução ou prevenção de complicações pulmonares
Impacto da fisioterapia respiratória na capacidade vital e na funcionalidade de pacientes submetidos à cirurgia abdominal. Fernandes, Shanlley [et al.] - 2017	PROSPETIVO E RANDOMIZADO ----- Participantes: 38 - 20 pessoas, grupo de pressão Positiva intermitente. - 18 pessoas que utilizaram o Incentivador inspiratório a volume.	Avaliar a capacidade vital, comparando duas técnicas de reabilitação respiratória em pessoas submetidas a cirurgia abdominal	A utilização destas duas técnicas de RFR foi eficaz na melhoria da capacidade vital das pessoas submetidas a cirurgia abdominal

Designação	Estudo	Objetivos	Principais conclusões
The use of a modified, oscillating positive expiratory pressure device reduced fever and length of hospital stay in patients after thoracic and upper abdominal surgery: a randomised trial Zhang, Xiang-yu [et al.], 2015	RANDOMIZADO ----- Participantes: 203	Verificar se o dispositivo de pressão expiratória positiva (PEP) reduz as CRP em pessoas submetidas a cirurgia abdominal superior e torácica	A utilização da PEP resultou em menos casos de febre e menor tempo de internamento hospitalar, a antibioterapia e as despesas hospitalares totais não foram significativamente reduzidas com a intervenção
Fisioterapia respiratória no pós-operatório imediato de Colectomia convencional. Rocatto, Grace [et al.], 2013	PROSPETIVO QUASE-EXPERIMENTAL ----- Participantes: 38	Avaliar RR na diminuição da dor, mobilidade torácica força muscular respiratória no pós-operatório imediato de pessoas submetidas a colecistectomia	RFR é eficiente na prevenção CRP, reduz a dor, melhoria da mobilidade torácica e força muscular respiratória

No seu estudo, Rocatto (2013) avaliou os efeitos da reabilitação respiratória na mobilidade torácica, na força muscular respiratória e na dor no pós-operatório imediato das pessoas submetidos a colecistectomia por via convencional. Participaram 38 pessoas em que foi avaliada a dor, cirtometria e pressões inspiratória e expiratórias no período pré, pós-operatório e pós protocolo de reabilitação respiratória. Os resultados demonstram que a reabilitação respiratória foi capaz de promover a diminuição do nível de dor, melhoria da mobilidade torácica e aumento da força muscular inspiratória.

Na cirurgia abdominal, segundo a OE (2018) devem-se realizar exercícios respiratórios que promovam a expansão pulmonar. O recurso de um dispositivo de pressão expiratória positiva (PEP) utilizada no estudo de Zhang [et.al.] (2015) reduziu o número de casos de febre, o recurso a antibioterapia, assim como a duração do tempo de internamento hospitalar, no entanto a redução das despesas hospitalares não foi significativa. A redução do tempo de internamento também foi verificada no grupo de intervenção que recebeu um programa de fisioterapia no pós-operatório no estudo de Santos [et.al] (2018), comparativamente com o grupo de controle que apenas recebeu orientações de deambulação precoce e inspirações profundas.

O recurso a inspirometria de incentivo é recomendado pela OE (2018), uma vez que potencializa a força muscular respiratória diminuindo o esforço respiratório, consequentemente as CRP. O recurso a Pressão Positiva Intermitente e ao Incentivador Inspiratório a Volume foi utilizado no estudo de Fernandes [et.al.] (2017) prospetivo e randomizado, sobre a Avaliação da capacidade vital. Foram comparadas duas técnicas de reabilitação respiratória em pessoas submetidas a cirurgia abdominal. No total de 38 pessoas divididas em dois grupos, um de 20 pessoas cuja intervenção foi o recurso à pressão Positiva intermitente e o segundo grupo constituído por 18 pessoas que utilizou o Incentivador inspiratório a volume. O estudo concluiu que, quer a pressão Positiva intermitente quer o Incentivador inspiratório a volume melhora a capacidade vital da pessoa submetida a cirurgia abdominal, no entanto, nenhuma se tornou mais eficaz que a outra.

A revisão da literatura de Silva e Filho (2018) realizada com o objetivo de recolher na literatura mais recente informação da fisioterapia respiratória no pós-operatório foram analisados vintes estudos (seis de espirometria de incentivo, quatro de cinesioterapia respiratória convencional, três da ventilação mecânica e sete da fisioterapia respiratória de maneira generalizada). Do estudo pode-se concluir que não existe uma técnica de reabilitação respiratória fundamental para o tratamento, no entanto todos os artigos confirmam que a reabilitação respiratória é crucial para a dedução e prevenção de CPP.

A análise dos estudos a que fizemos referência sobre RFR, quer no pré-operatório quer no pós-operatório, evidenciam que a pessoa submetida cirurgia abdominal beneficia com a RFR. Assim, na literatura existem alguns estudos que foram iniciados no pré-operatório e dado continuidade no pós-operatório com o intuito de demonstrar a pertinência da RFR (Quadro 6).

Quadro 6 – Estudos de RFR no pré e pós-operatório

Designação	Estudo	Objetivos	Principais conclusões
Effect of preoperative physical and respiratory therapy on postoperative pulmonary functions and complications after laparoscopic upper abdominal surgery in obese patients	PROSPETIVO, RANDOMIZADO, CONTROLADO ----- Participantes: 50 pessoas: Grupo I – recebeu 2 sessões RFR no pré-operatório e pós-operatório; Grupo II – não recebeu qualquer sessão no	Verificar os efeitos de RFR nas CRP após cirurgia abdominal, em pessoas obesas submetidas a cirurgia abdominal por via laparoscópica.	O grupo I apresentou maior capacidade pulmonar em todos os parâmetros do que o grupo II no pós-operatório, ocorreram CP em ambos os grupos, no entanto o grupo II apresentou 62% de complicações e o grupo I 27%, concluindo que a RFR pré-operatória melhorou

Designação	Estudo	Objetivos	Principais conclusões
Abdelaal, Gehan [et al.], 2017	pré, mas recebeu no pós.		a função pulmonares e diminui a incidência de CRP.
Efeitos de um programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia abdominal programada Leite, 2017	ESTUDO QUANTITATIVO QUASE-EXPERIMENTAL E TRANSVERSAL ----- Participantes: 30 pessoas	Avaliar a efeito do plano de Enfermagem de Reabilitação (ER) sobre variáveis fisiológicas, clínicas e a ansiedade nos doentes submetidos a cirurgia abdominal.	O programa de ER teve efeito estatisticamente significativo sobre os níveis de ansiedade e os valores de fluxo expiratório máximo, mas não teve efeitos estatisticamente significativos nos valores da tensão arterial sistólica e diastólica, saturações periféricas de oxigénio, frequência respiratória, frequência e cardíaca e dor.
Programa de Reeducação Funcional Respiratória Pré e Pós-Operatória na Transição Saúde/Doença Do Cliente Submetido a Gastrectomia Programada Soares, 2017	QUANTITATIVO, QUASE-EXPERIMENTAL E TRANSVERSAL ----- Participantes: 60 pessoas: GI – 30 pessoas GC – 30 pessoas	Demonstrar através da implementação de um programa de RFR pré e pós-operatório, realizado por EEER, influência na dor, ansiedade, frequência respiratória, saturações de oxigénio e complicações pulmonares pós-operatórias.	Na dor verificou que o valor menor foi no GI, níveis de ansiedade atingiram em ambos os grupos níveis elevados na véspera de cirurgia, tendo diminuído acentuadamente nos primeiros dias do pós-operatório no GI, quanto a frequência respiratória não existiu diferença entre os dois grupos, na saturação de oxigénio os níveis foram melhores em todos os momentos de avaliação no GI .As CRP verificou-se uma diferença significativa, no GC 8 participantes apresentaram CRP, por sua vez no GI apenas 1 participante apresentou CRP).Concluiu RFR realizada por EEER é benéfica para pessoa submetida cirurgia abdominal.

Abdelaal [et al.] (2017), no seu estudo realizado no Egito para verificar os efeitos de fisioterapia respiratória pulmonar e complicações após cirurgia abdominal, em pessoas obesas submetidas a cirurgia abdominal por via laparoscópica, utilizou como amostra

50 pessoas e dividiu-as em 2 grupos. O grupo I realizou 2 sessões de terapia respiratória física especializada durante 2 semanas antes da cirurgia e no pós-operatório, o grupo II não realizou qualquer sessão no pré-operatório, mas sim no pós-operatório. No estudo foram encontradas diferenças estatisticamente significativa entre os 2 grupos. O grupo I apresentou maior capacidade pulmonar em todos os parâmetros no pós-operatório do que o grupo II, ocorreram complicações pulmonares em ambos os grupos, no entanto o grupo II apresentou 62% de complicações e o grupo I 27%, concluindo que a RFR pré-operatória melhorou as funções pulmonares e diminui a incidência de CRP no pós-operatório.

Soares (2017) no seu estudo sobre um programa de reeducação funcional respiratória em clientes submetidos a gastrectomia, com uma amostra de 60 participantes divididos em 2 grupos, 30 participantes no grupo de controlo e 30 no grupo de intervenção submetidos a um programa de RFR, avaliou a dor, ansiedade, frequência respiratória, saturações de oxigénio e complicações, em 4 momentos (15 dias pré-cirurgia, na véspera da cirurgia, no primeiro dia pós-cirurgia e 15 dias após a cirurgia). Verificou existir uma diferença significativa na dor, sendo o valor menor no grupo de intervenção, os níveis de ansiedade atingiram em ambos os grupos níveis elevados na véspera de cirurgia, tendo diminuído acentuadamente nos primeiros dias do pós-operatório no grupo de intervenção. Quanto à frequência respiratória não existiu diferença entre os dois grupos, na saturação de oxigénio os níveis foram melhores em todos os momentos de avaliação no grupo de intervenção do que no grupo de controlo. Relativamente às CRP pós-operatórias, verificou-se uma diferença significativa, no grupo de controlo 8 participantes (26,7%) apresentaram CRP, por sua vez no grupo de intervenção apenas 1 participante (3,3%) as apresentou. De acordo com o mesmo estudo, as complicações foram 5 derrames pleurais (1 no grupo de intervenção e 4 no grupo de controlo), 1 atelectasia, 1 infeção respiratória, 1 pneumonia e 1 insuficiência respiratória aguda. Com a análise deste estudo pode-se concluir que existe influência do programa de RFR em quase todas as variáveis dependentes em estudo, exceto na frequência respiratória. Pode-se por isso concluir que é benéfica a realização de RFR por parte dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação no período pré-operatório.

Com objetivo de avaliar a efeito do plano de Enfermagem de Reabilitação (ER) sobre variáveis fisiológicas, clínicas e a ansiedade nos doentes submetidos a cirurgia abdominal programada, Leite (2017) realizou um estudo quase-experimental e transversal. A sua amostra foi constituída por 30 indivíduos, sendo de salientar que 16 pessoas (correspondendo a 53,3%) tinham o diagnóstico de Neoplasia Intestinal e o procedimento cirúrgico com maior incidência foi a hemicolectomia (36,7%). Realizou 2

momentos de avaliação, o primeiro no dia anterior à cirurgia, e o segundo ao 4º dia de pós-operatório. Os resultados obtidos demonstraram que o programa de ER teve efeito estatisticamente significativo sobre os níveis de ansiedade e os valores de fluxo expiratório máximo, mas não teve efeitos estatisticamente significativos nos valores da tensão arterial sistólica e diastólica, saturações periféricas de oxigénio, frequência respiratória, frequência e cardíaca e dor. Assim, foram encontradas evidências de que o programa de ER influenciou positivamente na recuperação da pessoa submetida a cirurgia abdominal.

Da análise destes estudos conclui-se que a RFR é benéfica para a pessoa submetida a cirurgia abdominal, salientando-se que dos três estudos dois foram realizados por EEER.

O EEER é detentor de recursos teórico práticos, de competências e capacidades para intervir no percurso cirúrgico de toda a pessoa, nomeadamente da pessoa submetida a cirurgia abdominal. Para Queirós e Ventura (2016) os ganhos da intervenção do EEER são para a pessoa, assim como para família e comunidade em que está inserida. Segundo estes autores o EEER tem como missão a prevenção, o tratamento e promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo do ciclo vital, assegurando à pessoa, família e comunidade, não apenas a manutenção das capacidades funcionais, mas sim proporcionando qualidade de vida com dignidade.

As intervenções do EEER na pessoa cirúrgica segundo Leite (2017. p 20):

“devem ter como objetivo a recuperação das funções respiratória e motora alteradas pelo ato cirúrgico e otimizar o estado funcional através de programas de RFR, treino muscular e de condicionamento ao esforço. Através destas ações podem diminuir-se a ocorrência de complicações respiratórias ou identificá-las precocemente e agir no sentido de recuperar as funções através de um plano de reabilitação individualizado.”

A intervenção do EEER na pessoa cirúrgica é crucial na prevenção de CRP, proporciona maior independência funcional e promove qualidade de vida da pessoa, família e comunidade, que se reflete em ganhos de saúde e económicos.

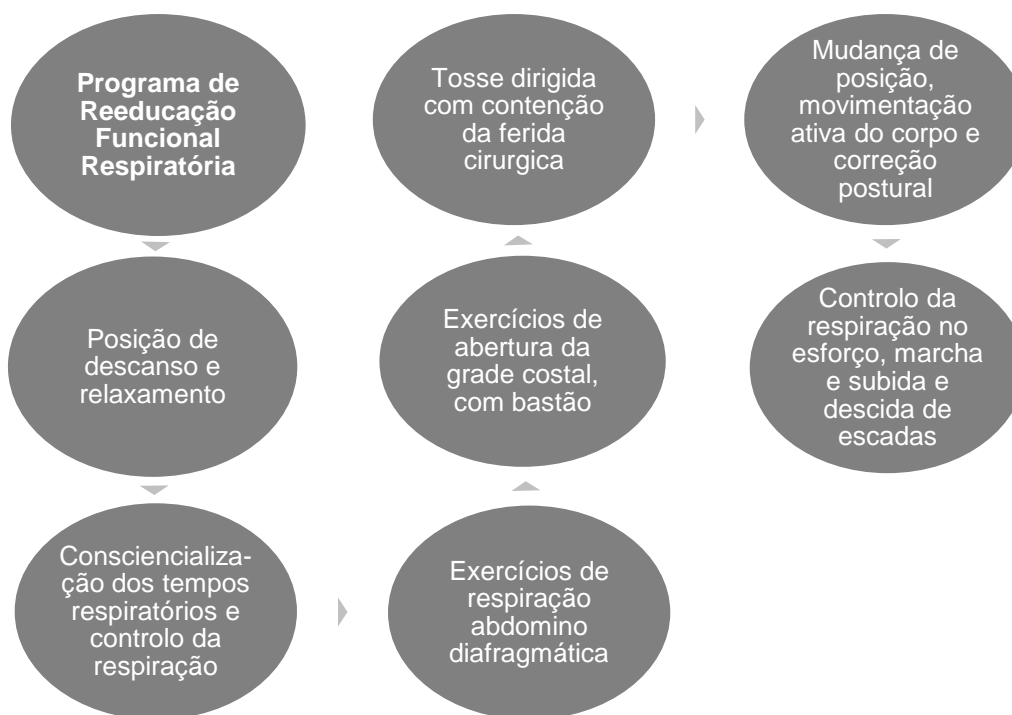
Esta intervenção deve-se iniciar no pré-operatório “de modo a que a pessoa se consciencialize de um conjunto de conhecimentos, responsabilidades e na sua operacionalização, de forma a promover a sua recuperação (...) na componente respiratória como também nas funções motoras” (Queirós e Ventura, 2016, p.108).

2.2 – Programa de Reeducação Funcional Respiratória na Pessoa Submetida a Cirurgia Abdominal

Os programas de RFR na pessoa cirúrgica devem ser iniciados o mais precoce possível no pré-operatório e continuar no pós-operatório. As complicações respiratórias na pessoa cirúrgica estão associadas” a disfunção da musculatura respiratória, iniciando-se na indução anestésica (...), lesão cirúrgica, o possível envolvimento do nervo frénico, a dor, a sedação e a imobilidade conduzem a alterações ventilatórias” (OE,2018, p.237).

Os programas de RFR no pré-operatório surgem como uma “estratégia” para a prevenção de complicações respiratórias assim como na resolução prematura quando estas surgem. A Figura 4 apresenta um programa de RFR para a Pessoa submetida a cirurgia abdominal.

Figura 4 – Plano de RFR – Soares (2017)



Os programas de RFR na pessoa submetida a cirurgias abdominal devem ser adaptadas à individualidade da pessoa, de acordo com capacidade, necessidades, motivação e situação clínica (Soares, 2017), pois só desta forma podem contribuir para maximizar a qualidade de vida da pessoa e para ganhos em cuidados de enfermagem de reabilitação.

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA DO PROJETO

Hoje em dia, nas sociedades contemporâneas, as Organizações deparam-se com a existência de um propósito comum onde o sentido de comunidade e a participação colaborativa são alguns dos indicadores de qualidade dessas organizações. Deste modo ao trabalharem em conjunto por um mesmo objetivo aprendem e cooperam. As equipas multidisciplinares tentam rentabilizar as diversas valências, perspetivas e recursos na resolução dos problemas existentes, sendo algo que se tem vindo a generalizar para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas organizações (Capucha, 2008).

Na saúde a busca pela qualidade dos cuidados de saúde é uma preocupação transversal a vários países. Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS), defende que “a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética” (Despacho nº 5613/2015, p.13551). Segundo Silva (2013), muitos fatores contribuem para a qualidade nos cuidados de saúde, como sejam: a procura do conhecimento resultante da investigação científica; disponibilidade no acesso à informação acerca da saúde do doente; facilidade na coordenação de cuidados entre a equipe multidisciplinar; acesso a cuidados contínuos; estabelecimento de ligação entre honorários e a qualidade de cuidados em detrimento da quantidade de cuidados prestados e, por último o envolvimento da pessoa nos cuidados.

Nesta procura de melhoria da qualidade dos cuidados nascem projetos, que segundo Capucha (2008, p.57)

“Atuar na lógica de projeto consiste (...) em operar com base na mobilização de conhecimento para identificar as ações necessárias à projeção estruturada e organizada de uma mudança face a uma situação diagnosticada que se pretende alterar dentro de um prazo definido e mobilizando um conjunto determinado de recursos.”

Por sua vez Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p.4) diz nos que “O projeto é um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver /estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar”.

Este método de investigação enquadra-se no que Fortin (2009) considera ser o fundamento, a orientação e preocupações da investigação. Assim na concretização deste trabalho optou-se pela metodologia de projeto.

O procedimento metodológico, tem como finalidade conduzir, com exatidão, a investigação para se encontrar a resposta da questão de investigação, funcionando como guia de orientação da investigação. A metodologia de projeto desempenha um

papel essencial no desenvolvimento de qualquer projeto, o objetivo deste é a resolução de problemas (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

O Trabalho Projeto para Guimarães e Many (2006, p. 12) “permite a aquisição de saberes através de uma pesquisa orientada. Esta metodologia é desenvolvida em grupo e implica uma ida e volta constante entre a prática e a teoria”.

As características fundamentais da metodologia de trabalho projeto relacionam-se com a existência inicial de uma atividade intencional, presume iniciativa autonomia, autenticidade, complexidade e incerteza e tem carácter prolongado e faseado (Ruivo Ferrito e Nunes 2010).

Os autores supracitados referem que a estrutura de um trabalho projeto esta dividida em cinco etapas:

- Diagnóstico de situação
- Definição de objetivos
- Planeamento
- Execução e avaliação
- Divulgação de resultados

O diagnóstico de situação permite identificar e delimitar o problema, sendo o seu objetivo o conhecimento da realidade. Nesta etapa recorre-se a instrumentos de diagnostico tal como (questionários, entrevistas entre outros). Os objetivos orientam o processo para a resolução dos problemas identificados. Na fase de planeamento definem-se atividades e estratégias a desenvolver, com a finalidade satisfazer as necessidades reconhecidas, sendo este flexível. Na execução procede-se à implementação do planeado, seguida da avaliação, através de estratégias e instrumentos que permitam o apuramento dos resultados e a consecução dos objetivos.

Neste capítulo apresentamos o percurso metodológico que conduziu este trabalho.

1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Um trabalho projeto inicia-se com o diagnóstico de situação, identificando-se os problemas e necessidades de uma população para que seja possível implementar mediadas para a sua resolução.

Segundo Capucha (2008, p.17) “Um diagnóstico de qualidade é a primeira condição de um bom projeto, ao permitir determinar com precisão os problemas a resolver, os recursos disponíveis e os fatores que serão determinantes no contexto.” Na elaboração de um projeto, o diagnóstico de situação é uma fase fulcral pois o seu principal objetivo é o conhecimento da realidade e, quanto mais preciso este for, maior será a adequabilidade das atividades e estratégias implementadas, contribuindo para o êxito do projeto com a resolução dos problemas.

O diagnóstico de situação visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, traçando um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende intervir (Ruivo, Ferrito e Nunes 2010).

Para o diagnóstico de situação é crucial definir a problemática em estudo e o contexto onde se vai desenvolver.

1.1 – Problemática

A definição da problemática é o ponto de partida para a elaboração de um trabalho projeto, sendo esta uma etapa fulcral no diagnóstico de situação segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010). Assim, neste estudo debruçamo-nos sobre a RFR pré-operatória da pessoa submetida a cirurgia abdominal, com o intuito de desocultar problemas e identificar respostas para os mesmos.

A escolha desta problemática decorreu da observação, reflexão e inquietação do contexto da prática, atendendo a que no contacto diário no período intra e pós-operatório com pessoas submetidas a este tipo de cirurgia, percebemos que estas não são alvo de qualquer preparação no âmbito de RFR no período pré-operatório, que lhes permita a aquisição de recursos que contribuam para que no pós-operatório possam respirar eficazmente, eliminar secreções e deste modo prevenir CRP.

Este estudo pretendeu dar resposta à questão de partida: Qual o conhecimento da pessoa submetida a cirurgia abdominal, sobre RFR?

Segundo Almeida e Freire citado por Ruivo, Ferrito e Nunes (2010) existem parâmetros fundamentais para avaliar a pertinência e qualidade do problema, que são: ser real e

concreto, haver condições para a realização do estudo, exequível através de uma hipótese científica, ser importante para teoria e/ou prática e ser explícito de forma a ser perceptível por outro investigador.

Para Fortin (2000, p.133) o tipo de estudo a escolher tem que ser de acordo com a investigação, assim como orientação e preferências do investigador. O estudo que se pretende realizar é um estudo qualitativo, do tipo exploratório descritivo.

Citando Hernández Samperi; Hernández Collado, Baptista Lucio (2006, pág. 375) o investigador qualitativo “procura obter informações de indivíduos...situações em profundidade, nas próprias palavras.... dos indivíduos”.

1.2 – Contexto e Participantes

Ao pretender analisar o conhecimento da pessoa submetida a cirurgia abdominal sobre RFR no momento pré cirúrgico, tornou-se essencial determinar um contexto de pesquisa.

A escolha de um hospital do norte do país, resultou de vários fatores, sendo de salientar a facilidade de acesso ao terreno de pesquisa e as nossas preocupações profissionais, nomeadamente as relacionadas com a necessidade de intervir na preparação pré-operatória na prevenção de complicações respiratórias nas pessoas submetidas a cirurgia abdominal. A unidade hospitalar escolhida integra o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A criação desta unidade hospitalar permitiu alargar os cuidados de saúde a cerca de 1.2 milhões de pessoas de um distrito do norte do país, e ainda, disponibilizar maiores e melhores instalações totalmente equipadas com tecnologia de primeira linha.

Esta unidade hospitalar pretende assumir-se como um hospital de referência para todo o SNS, com um desenvolvimento sustentado em três pilares:

- Qualidade da prática clínica diária e da plataforma (instalações, equipamentos);
- Satisfação dos utentes, dos colaboradores e de toda a comunidade envolvente,
- Equilíbrio económico-financeiro.

Apresenta como missão assegurar a realização da prestação de cuidados de saúde, disponibilidade de Serviço de Urgência 24h por dia, realizar ações paliativas aos utentes em internamento e constituindo, formando e mantendo uma equipa intra-hospitalar de

suporte em cuidados paliativos, promover a saúde, prevenir e combater a doença, colaborar no ensino e na investigação científica em ordem a contribuir para o bem-estar físico, mental e social da pessoa humana.

A visão, missão e valores da instituição incorporam a teoria de Jean Watson, versando uma perspectiva humanista e existencialista em que a autora centraliza a enfermagem, tendo a ciência do cuidar o foco na promoção da saúde e no tratamento da doença.

A população do estudo foram pessoas que iriam realizar cirurgia abdominal, pela especialidade cirúrgica de cirurgia geral.

Para Fortin (2009, p. 69) “população estudada, designada população alvo, é um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns.”

Na maioria das situações é, praticamente impossível estudar a população alvo na totalidade, é necessário definir critérios como idade, sexo, região, entre outros, que permitam determinar a população acessível, ou seja os participantes no estudo. Assim, para este estudo optamos por uma amostra não probabilística e acidental entre as pessoas que iriam ser submetidos a cirurgia abdominal programada num determinado período de tempo, que se situou entre novembro /dezembro de 2018, e de acordo com os seguintes critérios.

Critérios de inclusão:

- Previsão de anestesia geral ou combinada (geral com loco regional)
- Pessoas com mais de 18 anos, consciente e orientadas

Critérios de exclusão:

- Ser submetido a uma cirurgia de urgência ou emergência
- Previsão de anestesia apenas loco regional

A amostra foi constituída por seis (6) participantes, de acordo com os critérios de inclusão pré-definidos e no quadro que se segue apresentamos a sua caracterização dos participantes.

Quadro 7 – Caracterização dos participantes

		N	%
Idade	40-49	1	16,7
	50-59	1	16,7
	60-69	2	33,3
	70-79	2	33,3
Estado civil	Casado	5	83,3
	Solteiro	1	16,7
Escolaridades	4º ano	5	83,3
	9º ano	1	16,7
Atividade laboral	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	2	33,3
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca da floresta	1	16,7
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	2	33,3
	Operadores de Instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	16,7
Situação relativa ao trabalho	Ativo	3	50
	Aposentada	3	50
Tipo de cirurgia abdominal	Cirurgia bariática	1	16,7
	Correção cirúrgica de refluxo gástrico- técnica de Nissen	1	16,7
	Esofagectomia	1	16,7
	Gastrectomia	1	16,7
	Ressecção anterior do reto	1	16,7
	Enterectomia segmentar	1	16,7
Método cirúrgico previsto	Laparotomia	2	33,3
	Laparoscopia	4	66,7
Previsão da data cirurgia	<12 dias	5	83,3
	≥12	1	16,7
Hábitos Tabágicos	Sim	3	50
	Não	3	50
Patologia respiratória	Sim	2	33,3
	Não	4	66,7

Dos seis (6) participantes, cinco (5) são do sexo masculino e um (1) do sexo feminino, têm idades compreendidas entre 40 e 79 anos. Verifica-se uma superioridade numérica

de pessoas de sexo masculino, o que também se encontra no estudo realizado por Leite (2017) com uma amostra constituída por 73,3% de homens e 26,3% de mulheres. No entanto, em outros estudos realizados no âmbito da RFR em pessoas submetidas a cirurgia abdominal no pré-operatório, é mais frequente a percentagem de mulheres ser maior do que a dos homens, tal como nos estudos de Abdelaal [et al.] (2017) com 44 % da amostra do sexo masculino e 56% sexo feminino, Soares (2017) 53,3% pessoas do sexo feminino e 46,7% do sexo masculino e Rodrigues (2015) 54% do sexo feminino e 46% do sexo masculino.

A diferença no número de participantes dos dois sexos, poderá estar relacionada com o facto de quatro irem realizar cirurgias de foro oncológico. A taxa de incidência de neoplasias tem vindo a aumentar, verificando-se uma maior incidência no sexo masculino em relação ao feminino no cancro do colon, gástrico, reto e esófago. A taxa de incidência de tumores malignos apresentados pelo Registo Oncológico Nacional referente 2010, demonstram que a prevalência de cancro do colon no homem é 57,1 e na mulher 39,0, no cancro reto no homem 29,7 e na mulher 16,3, cancro estomago no homem 34,8 e na mulher 21,3, quanto ao cancro do esófago só há referencia ao homem e é de 9,3 por 100000 habitantes (Portugal, 2016).

A maioria dos participantes têm idade entre os 60 e os 79 anos, com uma média de idades é de 63,5 anos. Situação semelhante foi encontrada por Leite (2017) com uma média de idade da sua amostra de 66,67 anos. O referido estudo foi realizado em pessoas submetidas a cirurgia abdominal, 36,3% de neoplasias gástricas, 58,2% de neoplasias intestinais, 6,6% de patologias das vias biliares e 3,3% de outras patologias abdominais.

Quatro dos nossos participantes seriam submetidos a tratamento cirúrgico devido a doença oncológica. A média de idades encontrada está de acordo com idade media da população portuguesa afetada por tumor malignos. Segundo Portugal (2016) tem-se verificado uma transformação epidemiológica da Oncologia, surgindo um aumento anual de casos novos e um aumento da idade media da população afetada. De acordo com os dados estatísticos nacionais referentes a 2015 a faixa etária com maior taxa de incidência de tumor malignos é 50 aos 84 anos.

Um participante ia realizar correção cirúrgica de refluxo gástrico - técnica de Nissen e segundo Raposo (2014) na população submetida a cirurgia de Funduplicatura de Nissen por via laparoscópica, a média de idade é de 59,0 ± e a maioria dos pacientes intervencionados tinha entre 60 a 70 anos.

Outro dos nossos participantes ia realizar uma cirurgia bariática. No estudo de Teixeira (2017) realizado com pessoas no pós-operatório de cirurgia bariática, a média de idades foi de 40,37.

A maioria dos participantes do estudo são casados (5) e têm uma escolaridade ao nível do ensino primário (4). No que diz respeito à atividade laboral, segundo a Classificação Nacional das Profissões do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011), dois (2) são trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, um (1) é agricultores e trabalhador qualificados da agricultura, da pesca da floresta, dois (2) são trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, um (1) é operador de Instalações e máquinas e trabalhadores da montagem.

Relativamente à situação de trabalho, metade encontra-se aposentado, o que é coerente com a média de idade das pessoas entrevistadas e com o INE (2018), que revela que a média de idade dos pensionistas por invalidez em 2017 é aos 64,2 anos. Dos participantes que exercem a sua atividade laboral, dois (2) estão de licença por doença.

No que diz respeito ao tipo de cirurgia, quatro (4) são cirurgias gástricas, mais especificamente, cirurgia abdominal superior pois são as cirurgias efetuadas acima da linha umbilical, duas (2) cirurgias são colorretal que são cirurgias abdominais inferiores por serem realizadas abaixo da linha umbilical. De salientar que o método cirúrgico previsto para quatro intervenções, foi o laparoscópico ou, por alguns autores, designada por cirurgia minimamente invasiva. Nos nossos dias, cada vez mais a técnica cirúrgica laparoscópica é a técnica de eleição, nomeadamente na especialidade cirúrgica de Cirurgia Geral, sendo esta a especialidade onde se inserem os participantes deste estudo.

A cirurgia laparoscópica abdominal é uma técnica cirúrgica que se desenvolveu nas últimas duas décadas. Como cirurgia minimamente invasiva tem sido a mais utilizada pela vantagem que apresenta em relação a cirurgia convencional, segundo Pinto (2017, p.3) “A cirurgia minimamente invasiva tem ganhado cada vez mais importância em diversas áreas cirúrgicas pelos riscos diminuídos e melhores índices de desempenho quando comparada com cirurgias clássicas mais invasivas.”

Apenas um entrevistado não tinha a data da intervenção cirúrgica prevista, cinco pessoas iriam ser submetidas a intervenção cirúrgica em menos de 12 dias (6,8 dias). Segundo Dawson in Gomes (2009) o momento ideal para a pessoa ser informada sobre a intervenção cirúrgica deve ser entre 10 a 14 dias antes da cirurgia, pois tem tempo para poder assimilar a informação e esclarecer dúvidas. Se for realizada em data

próxima da intervenção, a ansiedade e apreensão da pessoa altera a capacidade de retenção da informação, não adquirindo conhecimento. Para Potter e Perry (2006) o momento ideal para transmitir informação deve ser numa consulta no pré-operatório, e sendo reforçada no dia da intervenção cirúrgica.

Três (3) dos participantes são fumadores, e os restantes não fumadores. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2014, em Portugal cerca de 58,2% dos residentes nunca tinham fumado; 20,0% eram fumadores com 15 ou mais anos e; cerca 21,7 era ex-fumador (Portugal, 2017). O tabagismo é um fator de risco de desenvolver CRP, pois altera os mecanismos de defesa pulmonar (Costa, Faresin e Falcão ,2014). Na nossa amostra 50 % são fumadores, sendo uma diferença significativa comparado com a amostra de Soares (2017) com 20 % de fumadores, no entanto este autor não encontrou diferenças significativas entre os hábitos tabágicos e as CRP.

A existência de patologia respiratória acontece em duas (2) pessoas, as restantes não tinham qualquer patologia respiratória. A DPOC e a Asma são as patologias respiratórias identificadas nos nossos participantes. Em Portugal as patologias respiratórias têm uma elevada prevalência, sendo responsáveis por cerca de 19% dos óbitos e são uma da principal causa de internamento (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2018). Nas pessoas submetidas a cirurgia abdominal a existência de patologia respiratória é um fator de risco para a o surgimento de CPR (Isaías, Sousa e Dias, 2014).

1.3 – Instrumento e Procedimento de Colheita de Dados

A seleção do instrumento de colheita de dados para Fortin (2009) deve estar de acordo com o que o investigador pretende estudar, com o tipo de estudo e o procedimento metodológico.

Para Fortin (2009, pág. 375)” a entrevista é o principal método de colheita dos dados nas investigações qualitativas...é sobretudo utilizada nos estudos exploratórios”.

A entrevista apresenta -se como método de comunicação entre o investigador e os participantes do estudo de forma a ser possível a realização da recolha de dados pertinentes à questão de investigação formulada (Fortin, 2009).

Segundo Ribeiro (2010) a entrevista estruturada ou semiestruturada proporciona elevados dados obtidos a partir de pequenas amostras ou mesmo de um caso, dados esses que posteriormente serão analisados, interpretados e estruturados por forma a dar resposta a investigação e à apresentação dos resultados desta.

A entrevista semiestruturada é aquela em que o investigador tem o maior domínio sobre o seu teor, a exposição das questões, a sua análise e interpretação (Fortin, 2009).

Sendo este um trabalho projeto de natureza qualitativa exploratório optou-se pela entrevista semiestruturada como instrumento de colheita de dados.

A utilização deste instrumento teve o intuito de saber se a pessoa que é submetida a uma cirurgia abdominal num determinado hospital possui conhecimentos sobre RFR no pré-operatório. Para a elaboração desta entrevista procedeu-se à elaboração de um guião de questões abertas, orientadoras, para obter respostas úteis a questão em investigação (Apêndice I).

Segundo Fortin (2009) a questão aberta é a mais utilizada nas entrevistas semiestruturadas e a pessoa interrogada é livre de responder, dá-se liberdade de expressão e permite uma análise aprofundada da resposta.

As entrevistas foram realizadas no pré-operatório, após a consulta médica de cirurgia geral, tendo sido realizadas num gabinete, estando apenas presente o investigador e o entrevistado num ambiente calmo e sem interrupções, foi explicado à pessoa o objetivo desta, pedido autorização para a realização das entrevistas e a gravação áudio (Apêndice II).

A análise SWOT é uma das técnicas utilizadas na elaboração de diagnósticos de situação, permitindo a confrontação e reflexão de fatores positivos e negativos relativamente à situação diagnosticada, através da perceção dos pontos fortes e fracos a nível interno e das oportunidades e ameaças a nível externo.

No diagnóstico de situação, também, utilizámos a análise SWOT e para tal recorremos a análise de diferentes documentos nomeadamente diretrizes da DGS, Missão e Valores da Instituição, diretrizes da Ordem dos Enfermeiros assim como os resultados obtidos na entrevista.

1.4. – Procedimentos da Análise de Dados

Terminada a etapa e recolha dados segue-se fase de tratamento, que segundo Fortin (2009) deve ir ao encontro dos objetivos e do desenho da investigação.

O tratamento de dados para Guimarães e Many (2006, p 61)” permite transformar um conjunto de informação bruta, numa informação pertinente, isto é, em dados que, pela sua origem, apresentação ou interpretação, apresentam relevância no que diz respeito a problemática definida”.

Na investigação qualitativa a análise de dados consiste “...em analisar palavras (...) O investigador examina os dados, organiza-os e tenta penetrar na significação dos relatos que recolheu” (Fortin, 2009, p.301,).

Para se poder realizar análise de dados “é essencial uma análise de conteúdo (...) medir a frequência, a ordem ou a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões ou de certos factos e acontecimentos” (Fortin, 2009, p.379).

A análise de conteúdo segundo Bardin (2011, p.11) “oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade” e define análise de conteúdo como “uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações tem por finalidade a interpretação destas comunicações” (Berlson in Bardin, 2011, p.38). Deverá, ainda, cumprir princípios para que seja válida, devendo obedecer ao princípio da homogeneidade (a organização dos dados deve ser suportada num único princípio ou critério de análise); da exaustividade (esgotar a totalidade da informação do texto); da exclusividade (o mesmo elemento do conteúdo não poderá ser classificado em duas categorias distintas); da objetividade (codificadores distintos deverão chegar aos mesmos resultados), adequação e pertinência (as codificações deverão ser adequadas ao conteúdo e aos objetivos) (Bardin, 2011).

A análise de conteúdo segundo Bardin (2011) é a codificação dos dados por temas e categorias que engloba quatro etapas, a organização, a codificação, a categorização e por fim a inferência. A organização principia-se com uma ordenação inicial, ou seja, uma pré-análise. A codificação consiste em “Tratar o material (...) uma transformação dos dados em bruto do texto (...) por recorte, agregação e enumeração, permite (...) representação do conteúdo, ou da sua expressão; suscetível de esclarecer o analista” (p.129). A categorização é a etapa que tem como objetivo “fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto” (p.146). Segundo o mesmo autor nesta etapa são classificados os constituintes de um conjunto, inicialmente por diferenciação e posteriormente reagrupados de acordo com o mesmo género, segundo critérios previamente definidos. Por fim, temos a inferência que como afirma Bardin (p.166) “não passa de um termo (...) para designar a indução, a partir dos factos”. A partir da inferência na análise de conteúdo pondera-se traduzir a informação obtida em significados válidos.

Realizadas as entrevistas procedeu-se à sua transcrição integral, honrando a integridade do que foi mencionado tal como o sentido como foi referido, permitindo definir o *corpus* de análise. O tratamento de dados iniciou-se com a leitura das

entrevistas com o intuito de as interpretar, explorar e organizar. Após organização dos dados brutos de forma a simplificar e permitir a sua percepção procedemos a codificação, categorização, criando uma matriz de análise constituída por áreas temáticas, categorias e subcategorias (Apêndice III).

Neste processo, tornou-se essencial definir as regras de categorização que constam no Quadro 8.

Quadro 8 – Definição de termos

Categoria	Regra Aplicada
Demonstra	Revelar, (...) pantear, indicar, manifestar (...)” (Costa e Melo,1977)
Não Demonstra	Não revela
Fontes de Informação	Tudo que produz ou transmite informação, podendo ser referidas como o meio que responda a uma necessidade de informação por parte de quem necessita, incluindo produtos e serviços de informação, pessoas classes profissionais, meios digitais e meios de comunicação (Rodrigues, Blattmann; 2014).
Disposição para o Conhecimento	Tendência natural que leva alguém a adquirir informação ou competência; conhecimento e reconhecimento da informação
Importante	Que tem importância, de grande valor, tem interesse e relevância, merece consideração é essencial. (Dicionário infopédia da Língua Portuguesa)
Útil	Que é necessário; que tem préstimo ou utilidade; proveitoso; vantajoso (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa)
Desconhece	Não conhecer, ignorar e estranhar

1.5 – Considerações Éticas

A investigação em saúde envolve o Ser Humano, sendo fulcral que ao longo de toda a realização do trabalho de investigação, por parte do investigador, este se reja por princípios éticos e legais, independentemente da natureza da investigação (Fortin, 2009).

Foi solicitada à Comissão de Ética da Instituição autorização para a realização desta investigação, que após a sua avaliação, no que respeita aos direitos humanos e às regras de ética, concedeu autorização. A comissão de ética considerou que este trabalho investigação reunia os critérios de boas praticas de investigação Clínica.

No sentido do respeito pelo direito da autodeterminação, foi obtido o consentimento informado escrito, livre e esclarecido por parte de cada um dos participantes, antes da aplicação do instrumento de colheita de dados. Os participantes foram elucidados sobre

os objetivos da pesquisa e o método assim como foi permitido colocar dúvidas sobre a natureza do estudo, a pertinência da sua colaboração e a sua liberdade de escolha, sendo garantida a confidencialidade de todos os dados colhidos.

1.6 – Apresentação, Análise e Discussão de Resultados

Os resultados obtidos foram organizados numa matriz constituída por áreas temáticas, categorias e subcategorias, permitiram-nos identificar o conhecimento dos participantes acerca da cirurgia, dos cuidados pré e pós-operatórios, dos cuidados funcionais respiratórios a realizar no pré-operatório e, ainda sobre a importância que atribuem a estes cuidados na prevenção de complicações no pós-operatório (Quadro 9).

Quadro 9 – Áreas Temáticas, Categorias e Sub-categorias

Área Temática	Categoria	Subcategoria
Conhecimento sobre a cirurgia	Não Demonstra	
	Demonstra	<u>Técnica cirúrgica</u>
		<u>Complicações</u>
	Fontes informação	
	Disposição para o conhecimento	<u>Demonstra</u>
		<u>Não demonstra</u>
Conhecimento sobre cuidados no Pré-operatórios	Não Demonstra	
	Demonstra	<u>Alimentação</u>
		<u>Tratamento farmacológico</u>
		<u>Preparação local cirúrgico</u>
		Fontes informação
Conhecimento sobre cuidados no Pós-operatórios	Não demonstra	
	Demonstra	<u>Alimentação</u>
		<u>Tratamento farmacológico</u>
		<u>Movimento</u>
	Fontes de Informação	
Conhecimento no Pré-operatório sobre cuidados Funcionais respiratórios	Não demonstra	<u>Respiração abdominal</u>
		<u>Tosse</u>
		<u>Controle Expiratório</u>

Área Temática	Categoria	Subcategoria
	Demonstra	<u>Respiração</u> <u>Abdominodiafragmática</u> <u>Tosse</u>
Perceção sobre Cuidados Funcionais		
Respiratórios para a Prevenção de	Importante	
Complicações no pós-operatório	Útil	

Para facilitar a apresentação, análise e discussão optamos por percorrer as diferentes áreas temáticas, terminando com uma síntese dos principais achados.

Conhecimento sobre a cirurgia

De uma forma sucinta pode-se dizer que o conhecimento da pessoa sobre a cirurgia é a informação que a pessoa adquire sobre o procedimento que vai ser submetido.

No nosso estudo, percebemos a presença e a ausência de conhecimento pelo que emergiram as categorias **não demonstra** e **demonstra**.

Nos discursos dos participantes, emergem extratos onde estes **não demonstram** conhecimento:

“Eu não sei nada sobre a cirurgia não faço ideia (...) vou de olhos tapados para lá (...)” (E1)

“(...) não faço ideia se vai ser com aquela luzita que passa por aqui [apontou para a boca] ou vai ser por corte [apontou para a zona gástrica] (...) não sei como vai ser a cirurgia por isso não sei nada” (E2)

“Eu não sei (...) não sei como é (...) Não me disseram nada, não sei...” (E6).

Por sua vez na categoria **demonstra** conhecimento surgiram duas subcategorias: técnica cirurgia e complicações.

No conhecimento que a pessoa adquiriu sobre a cirurgia constata-se conhecimento sobre técnica cirurgia, nomeadamente o método cirúrgico que vai ser utilizado, a laparoscopia:

“Hoje a Sr.^a doutora disse me que ia ser pelos furinhos tipo laser (...)” (E1)

“A Sr.^a Doutora esteve a explicar que vou ter que fazer dois furos (...) para ver o sítio do mal (...)” (E3).

Uma pessoa entrevistada também referiu que foi informada sobre o local cirúrgico:

“Eu não sabia nada, agora a Dr.^a esteve-me a mostrar no computador onde é que vou ser operado (...)” (E4)

Um participante demonstrou conhecimento de que o procedimento cirúrgico implicaria, no pós-operatório ficar colostomizado:

“O saquinho com as fezes à priori é temporário (...) depende muito como for a operação (...) e a algalia vai ser por dois dias ou três (...)” (E4)

Os entrevistados demonstram conhecimento sobre as complicações cirúrgicas que podem decorrer:

“Eu não sei quase nada, eu só sei que corro riscos, segundo dizem corro riscos de ter problemas!” (E1)

“(...) as vezes para tirar o tumor pode atingir as coisas ao lado (...)” (E4)

“Sei que é uma cirurgia de risco ...ainda agora Sr.^a Doutora me disse que é cirurgia de muito alto risco... Que podia ficar lá, ...tem que se arriscar.... Vou para os cuidados intensivos ...” (E5)

“(...) vou emagrecer...isso é normal...” (E5)

A pessoa cirúrgica para adquirir conhecimento tem que ser informada, o que constitui um direito enunciado na Lei de Bases da Saúde, onde consta que o utente tem o direito de “Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado” (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, Base XIV, nº 1, alínea e). Segundo Gonçalves (2016) a informação transmitida à pessoa tem que ser clara e precisa. Para tal, adequada à individualidade da pessoa, a linguagem devese adaptar à escolaridade, cultura e idade, no sentido de esclarecer todas as dúvidas da pessoa e esta ter um papel ativo nas questões relacionadas com a sua situação de saúde/ doença.

O estudo de Martins (2009) com objetivo de avaliar a relação entre a satisfação dos doentes com a informação sobre a doença e a sua morbilidade, concluiu que os intervenientes estavam insatisfeitos com a informação que recebiam sobre a sua situação de saúde/doença, acrescentando que se as pessoas estiverem satisfeitas com a informação acerca da doença, diminuirá a morbilidade, o que constitui um reforço

sobre o benefício da informação. Este estudo também reconhece a necessidade, da parte dos profissionais de saúde de investirem na informação à pessoa a quem prestam cuidados.

Os resultados do nosso estudo, permitiram perceber de que forma foi obtido o conhecimento sobre a cirurgia, emergindo a categoria **fonte de informação**.

“Hoje a Sr.^a Doutora disse-me que ia ser pelos furinhos tipo laser (...)” (E1)

“A Sr.^a Doutora disse-me que isto vai ser uma cirurgia (...)” (E3)

“(...) a Doutora explicou tudo...não, assim como Sr.^a Doutora me explicou ninguém me explicou, explicou tudo direitinho (...)” (E4)

“(...) ainda agora Sr.^a Doutora me disse (...) estiveram a pôr-me a par mais ou menos do que me pode acontecer ...” (E5)

Nestes resultados a “fonte” do conhecimento foi a médica. Para Santos (2012) o fornecimento de informação acerca do procedimento cirúrgico é uma estratégia de diminuir ansiedade da pessoa promovendo a recuperação da pessoa no Pós-operatório. A enfermagem para Gonçalves (2016) tem um papel fulcral nomeadamente na satisfação das necessidades das pessoas, especialmente na carência de informação quando estes vão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica. Neste estudo nada foi referido em relação à informação por parte dos enfermeiros.

Por último, nesta área temática, surgiu a categoria de **disposição para o conhecimento**, tendo como subcategorias demostra e não demonstra, como expressam, respetivamente, as unidades de registo que se seguem:

“Não sei, não sei...eu quis saber até perguntei...Sim eu perguntei, mas não me disseram...” (E1)

“Não perguntei, para me assustarem! Assim levo anestesia e não vejo nada...” (E2)

Estes entrevistados demonstram duas formas divergentes de disposição para a aquisição de conhecimento, um quer ter conhecimentos, ou seja, quer ser informado sobre a intervenção cirúrgica e outro, pelo contrário não pretende ter conhecimento sobre a cirurgia a que vai ser submetido. Para Miller e Mangan citados por Melo (2005) existem dois tipos de pessoas os “monitors” e os “blunters” e referem que os “monitors” são a pessoas que “... ao aguardar uma cirurgia procuram o máximo de conhecimento sobre

a situação e os blunders, em contraste, que tendem a afastar esta ideia da sua cabeça, procurando evitar qualquer informação relevante” (Melo, 2005, p.66).

No pré-operatório a informação transmitida à pessoa deve ir de acordo com as características individuais da pessoa e de acordo com o que pessoa quer saber (Dantas 2014).

Através dos resultados obtidos constatamos que o conhecimento no pré-operatório sobre a cirurgia não existe para alguns dos participantes e para os que demonstraram algum conhecimento, foi relativo à técnica cirúrgica e a complicações que pode advir do procedimento cirúrgico. A fonte deste conhecimento foi exclusivamente a equipa medica. Podemos constatar que na pessoa cirúrgica há pessoas que demostram disposição para adquirir conhecimento sobre cirurgia que vão realizar e outras que não demostram esse interesse.

Conhecimento sobre cuidados no Pré-operatórios

O período pré-operatório inicia-se após a tomada de decisão da intervenção cirúrgica e termina no momento em que a pessoa entra para o bloco operatório (Monahan [et al.], 2010). O ensino no pré-operatório tem sido reconhecido e valorizado ao longo dos tempos, segundo Gonçalves (2016) no ensino à pessoa cirúrgica deve estar presente a individualidade, as suas necessidades e preocupações. Este mesmo autor defende que o ensino deve ser iniciado o mais precocemente possível e dando continuidade ao longo de todo período pré-operatório.

A informação pré-operatória segundo Walker citado por Gonçalves (2016) divide-se em três categorias:

- Informações relacionadas com a saúde (as informações relativas ao autocuidado, solicitação de analgesia, incentivo à deambulação precoce)
- Ensino de habilidades (exercícios/atividades que ajudam a reduzir a incidência de complicações no período pós-operatório)
- Apoio psicossocial (intervenções com o objetivo de reduzir a ansiedade)

Nos achados do nosso estudo emerge a presente área temática com três categorias: ***não demonstra, demonstra e fontes informação.***

Dos participantes, uma ***não demonstra*** conhecimento sobre os cuidados pré-operatórios:

“(...) pensei que aqui [hospital] alguém me iria dar dicas sobre alimentação, mas ninguém me falou” (E1) [tem conhecimento que antes da cirurgia deverá perder peso]

Por sua vez na categoria de **demostra** conhecimento sobre cuidados pré-operatórios surgiram três subcategorias: alimentação, tratamento farmacológico e preparação do local cirúrgico.

Três dos entrevistados demonstram ter conhecimento no pré-operatório sobre a alimentação:

“Disseram-me que eu tinha que emagrecer (...)” (E1)

“Não posso comer...Tenho que fazer um pequeno-almoço, não muito pesado um pequeno-almoço mais leve... mais nada ...só sei da alimentação” (E2)

“(...) telefonaram a dizer que tinha (...) de estar em jejum (...)” [no dia da cirurgia] (E6)

Percebemos da análise da primeira unidade de registo supracitada que esta pessoa tem conhecimento que antes da cirurgia deverá perder peso, o que está de acordo com o que é preconizado para as pessoas que vão realizar cirurgia bariátrica, isto é confirmado por Goulart [et al.] (2017, p.9) “Os doentes são encorajados a seguir uma dieta normoproteica, normoglicémica e hipolipídica”. Segundo as Orientações para o doente submetido a cirurgia bariátrica, na instituição onde se realiza o estudo existem orientações para acompanhamento na consulta de nutrição no período pré-operatório.

O conhecimento demonstrado pelos entrevistados sobre os cuidados pré-operatórios relacionados com a alimentação, referem-se ao cuidado jejum, sendo este uma pausa alimentar de alimentos sólidos e líquidos. O objetivo do jejum é diminuir o risco e o grau de regurgitação do conteúdo gástrico, prevenindo aspiração do conteúdo gástrico durante a anestesia evitando assim as consequências.

A subcategoria de tratamento farmacológico foi evidenciada por cinco dos entrevistados, havendo referência à medicação crónica, suspensão de medicação no pré-operatório, tromboprevenção, otimização pulmonar com corticoterapia e a preparação intestinal recorrendo a fármacos.

“(...) posso tomar a minha medicação ...” (E2)

“Tenho que ir à farmácia levantar 11 injeções, tomo uma no dia anterior (...)”
(E3)

“(...) comprar umas saquetas (...) para fazer a preparação do intestino acho que é antes uns dias (...) para vir com o intestino limpo acho que é isso...”
(E4)

“Estou a ser medicado ... uns bufos para aliviar os pulmões” (E5)

“Os cuidados que tenho que ter é deixar de tomar o Tromalyt três dias antes e o Risidon que é para diabetes um dia.” (E6)

Com o aumento exponencial de cirurgias, atualmente a população cirúrgica é cada vez mais idosa, assim maior numero de pessoas submetidas a cirurgia toma medicação crónica, Castanheira [et al.] (2016) realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar a utilização e a gestão deste tipo de medicação, concluindo que a maior parte das pessoas submetidas a cirurgia toma medicação crónica e esta é suspensa antes da cirurgia.

Segundo Costa, Faresin, Falcão (2012) a avaliação pré-operatório da pessoa tem como objetivo definir estratégias individualizadas para prevenir e ou diminuir a ocorrência de Complicações pulmonares no pós-operatório. Em alguns casos em que o diagnóstico de risco é elevado e não há estratégias capazes de diminuí-lo, deve-se precocemente fazer o diagnóstico e iniciar o tratamento com objetivo de reduzir a morbilidade e mortalidade. Uma das estratégias pré-operatórias para a redução do risco de CRP, é a otimização de terapêutica específica, adaptada a cada situação e a individualidade da pessoa para esta atingir a melhor condição clínica no pré-operatório e onde está indicada a RFR, tal como referem Isaias, Sousa, Dias (2014).

A preparação intestinal por vezes também designada preparação mecânica do cólon consiste na ingestão de laxantes associado a um período de dieta sem resíduos. Esta preparação intestinal deve ser individualizada baseada na eficácia, segurança, custo, tolerância e preferência da pessoa.

A preparação do local cirúrgico foi referida por uma pessoa entrevistada sendo esta uma subcategoria identificada:

“isto é para limpeza [as esponjas de clorexidina], para tomar banho” no dia anterior e dia de internamento] (E4)

A infecção no local cirúrgico é uma das infecções nosocomiais mais frequentes, o risco de infecção está relacionado com fatores intrínsecos (do doente e da própria cirurgia), aspetos da preparação pré-operatória e fatores intra e pós-operatórios. Na preparação pré-operatória da pessoa, o banho com antisséptico, a tricotomia, a desinfecção das mãos da equipa cirúrgica, a identificação das pessoas infetadas ou colonizado, a profilaxia antibiótica e a duração do internamento pré-operatório são fatores importantes para a prevenção de infecção no local cirúrgico (Portugal, 2004).

Os resultados obtidos no nosso estudo estão de acordo com os obtidos no estudo de Christóforo e Carvalho (2009). Estes autores concluíram que os cuidados pré-operatórios estão voltados para preparação física, com pouca preparação em relação ao procedimento cirúrgico e aos cuidados de enfermagem.

Neste sentido Gomes (2009) realizou um estudo com o objetivo de descrever qual a informação e o conhecimento dos doentes cirúrgicos no pré-operatório e quais as necessidades de informação expressas pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória. Concluiu que a pessoa cirúrgica recebe pouca informação sobre a preparação pré-operatória, revelam pouco conhecimento sobre esta e evidenciaram necessidade de informação elevada. Este resultado contrapõe-se ao pretendido para a pessoa cirúrgica no pré-operatório, pois segundo este mesmo autor, no pré-operatório a pessoa e a família devem ser preparadas para experiência cirúrgica, neste período devem ser diagnosticadas as necessidades físicas e psicológicas da pessoa que vai ser submetida ao procedimento cirúrgico.

A **fonte de informação** acerca dos cuidados pré-operatório dos nossos participantes, foi a equipa médica, que transmitiu informação pela via oral e escrita, como expressam as unidades de registo:

“agora na consulta...” [medico] (E2)

“(...) esta nos papeis” [esquema da toma da Heparina subcutânea] (E3)

“(...) esta aqui explicado (...)” [panfleto informativo de preparação intestinal entregue na consulta pelo Medico] (E4)

“Disse me agora... a Doutora” [suspensão do anticoagulante e antidiabético oral] (E6)

Segundo Rodrigues e Blattmann (2014) fontes de informação são tudo que produz ou transmite informação, podendo ser referidas como o meio que responda a uma

necessidade de informação por parte de quem necessita, incluindo produtos e serviços de informação, pessoas classes profissionais, meios digitais e meios de comunicação.

Para Gomes (2009) a informação pode ser fornecida oralmente e ou com recurso a outros métodos, salientando que há estudos que em situação de stress como é o momento cirúrgicos a informação oral é retida apenas 35% a 40%, assim a informação escrita pode ser alternativa ou complementar.

No nosso estudo a fonte de informação foi 100 % a equipa médica, que está de acordo com os resultados obtidos no estudo de Christóforo e Carvalho (2009) com o objetivo de caracterizar os cuidados de enfermagem pré-operatório. Estes afirmam que orientações pré-operatórias foram fornecidas pela equipa cirúrgica (91%) e pela equipa de enfermagem (5,6%). Os autores concluíram que os cuidados pré-operatório estão voltados para preparação física, incitam a criação de uma consulta de enfermagem pré-operatória para avaliar, informar e esclarecer dúvidas à pessoa para que no dia da cirurgia possuam conhecimentos sobre os cuidados pré, intra e pós-operatórios e realçamos que é fundamental nesta consulta que o EEER através da informação, ensino e treino, intervenha no sentido da prevenção de CRP.

Conhecimento sobre os cuidados no Pós-Operatório

A definição etimologicamente de pós-operatórios deriva do termo Postoperative care (L. *post*, atras, depois de + *operatus*, trabalho), assim os cuidados pós-operatórios são os cuidados depois da operação cirúrgica (Clayton,2000).

Pretendemos saber qual o conhecimento que a pessoa tem sobre os cuidados nos pós-operatório da cirurgia a que vai ser submetido, emergindo a área temática **conhecimento sobre os cuidados pós-operatórios**.

Os ensinamentos sobre os cuidados no pós-operatório devem ser iniciados o mais precoce possível, pois atualmente devido evolução das técnicas cirúrgicas as permanências hospitalares são reduzidas, daí a necessidade de iniciar o mais rápido possível os ensinamentos individualizados para que pessoa retenha de uma forma adequada a informação para uma melhor recuperação evitando complicações cirúrgicas no pós-operatório (Vital [et al.] 2018).

Dos participantes, quarto **não demonstram** conhecimento sobre os cuidados pós-operatórios:

“Não sei, não me disseram nada ...” (E2)

“Não para já não ... não me falou mais nada ...” (E3)

“(...) depois é que me dizem, como correr a operação...” (E5)

“Não... não me disseram nada ...”(E6)

Estes resultados contrariam o que é preconizado na literatura. A pessoa cirúrgica segundo Gomes (2009) no pré-operatório, deve ser informada sobre os cuidados nos pós-operatório, “doente cirúrgico na fase pré-operatória requer informações, fundamentalmente sobre a sua situação após o ato cirúrgico, ou seja, sobre o pós-operatório.” (Cerejo in Gomes, 2009, p.48).

A pessoa que for informada no pré-operatório sobre os cuidados pós-operatório terá benefício para sua recuperação no pós-operatório. Potter e Perry (2006) reforçam que a pessoa informada e preparada no pré-operatória, participa ativamente no seu processo de reabilitação, melhora a capacidade física da pessoa permitindo uma mais rápida recuperação e reduz o tempo de internamento. Estes mesmos autores ressaltam que no pré-operatório se deve incidir na promoção da saúde da pessoa, e as atividades centram -se na “prevenção de complicações, manutenção da saúde e apoio a possíveis necessidades de reabilitação pós-operatórias (Potter e Perry 2006, p.1018).

Na categoria **demostra** conhecimento sobre cuidados pós-operatórios surgiram três subcategorias: alimentação, tratamento farmacológico e movimento.

Na subcategoria alimentação percebemos o conhecimento sobre as alterações necessárias no pós-operatório:

“(...) alimentação sei que tem que ser 2/2 h, a base de sais minerais (...) Só me falaram da alimentação (...) disseram me que durante um mês era só líquidos (...)” (E1)

A mesma pessoa refere ter informação de que não pode ingerir líquidos no pós-operatório:

“Ouvi dizer que ...não se pode beber, que não se pode beber aqueles 4 dias”. (E1)

O início da alimentação na pessoa cirúrgica também é um cuidado pós-operatório e este depende da cirurgia a que a pessoa foi submetida. Na cirurgia abdominal, iniciar alimentação no pós-operatório está relacionada com o início do peristaltismo.

A subcategoria de tratamento farmacológico emerge nos discursos, como evidencia a unidade de registo:

“Depois da cirurgia a Srª. Doutora disse que só são essas injeções (...) (E3)

Este resultado revela o cuidado pós-operatório, para a profilaxia do tromboembolismo venoso, sendo este um grave problema de saúde pública. O risco de tromboembolismo no período perioperatório está relacionado com fatores individuais da pessoa, com a cirurgia, o tipo de anestesia assim como duração do internamento. No entanto os principais fatores de risco são: doença oncológica, cirurgia bariátrica, idade avançada, antecedentes de trombose venosa, cirurgia major ortopédica, imobilização no leito (Amaral, [et al.], 2014).

Os participantes deste estudo são pessoas com risco de tromboembolismo, pois vão ser submetidas a cirurgia abdominal por doença oncológica ou por cirurgia bariátrica e tem uma média de idade de 63,5 anos.

Por fim a outra subcategoria identificada é o movimento:

“Depois da cirurgia (pausa), falou me em andar um bocadinho, andar, andar...” (E 4).

O termo andar é definido no Conselho Internacional de Enfermeiros (2015, p.39) “Mobilizar: movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo; capacidade de sustentar o peso do corpo e andar com marcha eficaz...”. A promoção da atividade é um dos cuidados pós-operatórios, para Phipps (2009) a pessoa no pós-operatório deve logo que possível ser encorajada para andar, pois é fundamental para a recuperação e evita complicações cirúrgicas. Este autor enumera várias vantagens relacionadas com a pessoa andar após a cirurgia desde: aumentar frequência cardíaca e amplitude respiratória prevenindo complicações respiratórias; facilitar a respiração eficaz aumentando a oxigenação do sangue, promover a cicatrização cirúrgica; diminuir o risco de estase venosa e estimular o peristaltismo.

No pós-operatório de cirurgia abdominal os estudos demostram que os programas de mobilização precoce são benéficos.

O estudo realizado por Almeida (2016) tinha como objetivo avaliar o efeito de um programa de mobilização precoce no pós-operatório de cirurgia abdominal oncológica,

esta população assemelha-se à nossa população, pois maioritariamente também irá realizar cirurgia abdominal oncológica. Neste estudo existiam dois grupos, em que o grupo de intervenção foi submetido a um protocolo supervisionado de mobilização precoce com treino aeróbico e resistido progressivo realizado 2 vezes por dia, enquanto o grupo de controle realizou o plano de reabilitação padrão do serviço sem treino aeróbico e resistido. No grupo de intervenção houve uma redução da perda funcional.

Relativamente à área temática **fontes de informação** acerca dos cuidados no pós-operatório, os participantes referiram:

“Foi um senhor que foi operado” (E1);

“Ouvi dizer na Televisão que ...não se pode beber...” (E1) e

“Depois da cirurgia a Srª Doutora disse...” (E3) /

“Depois da cirurgia [a Doutora], falou me ...” (E4)

Na análise destas unidades de registo identificamos como fontes de informação uma pessoa que já tinha sido submetido a essa cirurgia, a comunicação social e a equipa médica.

Como já mencionamos, a equipa de saúde é a principal fonte informação para a transmissão de conhecimentos sobre os cuidados pós-operatórios, no entanto estes resultados revelam que uma pessoa obteve conhecimento através de uma pessoa conhecida. Gomes (2009), no seu estudo, também constatou que determinados assuntos que não tinham sido informadas por profissionais de saúde, eram provenientes de familiares e amigos que já tinham experiência cirúrgica anterior. Gonçalves (2016) refere que a maioria das pessoas atribui a informação pré-operatória ao profissional sendo a equipa de saúde a fonte principal de informação, no entanto este autor identificou outras fontes de informação, que não os profissionais de saúde, como sejam familiares, amigos, pesquisa própria e por meio de conversa com outros doentes.

Os profissionais de saúde são considerados a maior fonte de transmissão de informação, sendo a equipa medica quem mais informa no pré-operatório, como já foi referido no estudo de Cristóforo e Carvalho (2009). Esta constatação é reforçada por Gonçalves (2016) ao citar o estudo de Marín, Cortés, Sanz e Serrano (2015) onde as pessoas foram informadas pelo médico/cirurgião 70,7%, apenas 4% pelo enfermeiro e 1% pela própria família. O autor alerta para o facto de o enfermeiro ser o profissional de saúde que mais tempo passa junto da pessoa cirúrgica, por isso, estes profissionais

deveriam ter um papel crucial na transmissão de informação e promoção do conhecimento da pessoa nos cuidados cirúrgicos. Pensamos que esta falta de intervenção por parte do grupo profissional de enfermagem, poderá esta relacionada com o facto de neste período de pré-operatório a pessoa cirúrgica não tem contacto com a equipa de enfermagem. Estrela (2012) no seu estudo que tinha como objetivo conhecer a informação fornecida no pré-operatório, a importância atribuída à necessidade de informação e o conhecimento expresso pelos doentes do foro cirúrgico, relativamente à transição que vivencia, constatou que poucas pessoas das inqueridas tiveram a consulta pré-operatória de enfermagem. Nos resultados obtidos no nosso estudo a equipa de enfermagem não foi fonte de promoção de conhecimento, estando justificado pelo facto de estas pessoas submetidas a cirurgia abdominal, não terem tido consulta pré-operatória de enfermagem.

Conhecimento no Pré-operatório sobre cuidados Funcionais respiratórios

Como foi mencionada no quadro teórico deste trabalho, os procedimentos cirúrgicos, nomeadamente os que envolvem a cavidade abdominal provocam uma alteração da função respiratória. Os programas de RFR têm sido evidenciados na prevenção de complicações pós-operatórias, tratamento e redução da gravidade dessas complicações. Estes programas devem ser iniciados no pré-operatório e dada continuidade no pós-operatório. Segundo OE (2018, p.237) “a implementação precoce de um programa de RR visa reduzir o risco de complicações e a sua resolução prematuramente e deve ser iniciado no pré-operatório, estendendo-se até ao pós-operatório.”

Na pessoa cirúrgica a mobilização precoce e exercícios de respiração são fundamentais na prevenção de trombose venosa profunda e complicações respiratórias. A RFR, nomeadamente exercícios como o controlo da respiração e dissociação de tempos respiratórios, respiração abdominal e torácica profunda, ciclo ativo da respiração, ensino da tosse assistida com contenção da sutura abdominal, em conjunto com a mobilização ativa dos membros, são uma mais valia para uma rápida recuperação (Mihra, e Orriss 2012, citado por Leite 2017).

No pré-operatório é fundamental avaliar os conhecimentos da pessoa sobre a sua situação atual, para poder adequar a informação e validar os conhecimentos, “podemos avaliar os conhecimentos do doente perguntando-lhe o que sabe sobre a doença ou a causa do internamento, entre outros aspetos”. (Potter e Perry citado por Rodrigues 2015, p.42)

Os resultados do nosso estudo, no que se relaciona com o **Conhecimento no Pré-operatório sobre cuidados Funcionais respiratórios**, revelam a existência de alguns conhecimentos para uns e para outros a sua ausência.

Na definição das subcategorias, quer na categoria **não demonstra** como na **demonstra**, tivemos como critério as respostas obtidas a questões específicas sobre os diferentes exercícios respiratórios, uma vez que os discursos dos participantes foram pouco específicos, traduzindo-se em unidades de registo mais ambíguas.

Percebemos da análise desta área temática, que a maioria das pessoas **não demonstra** conhecimento

Na categoria **não demonstra** emergiram as subcategorias Respiração abdominodiafragmática, controle expiratório e tosse

A subcategoria Respiração abdominodiafragmática, emerge do questionamento sobre a técnica de respiração abdominal:

“Não! Não sei, nunca ouvi falar... Não faço ideia do que é! Ninguém me falou ...” (E2)

“Não faço ideia... Não isso não me foi ensinado, isso de respiração abdominal (E3)

“Isso não!... Nada disto foi ensinado...” (E5)

“Não...não! (E6)

A Respiração abdominodiafragmática, também designada por respiração diafragmática é uma técnica que permite diminuir o trabalho respiratório, permitindo uma maior execução do diafragma, a técnica consiste em realizar inspirações profundas e expirações lentas, permitindo melhorar a eficácia ventilatória através da melhoria das trocas gasosas e oxigenação promovendo uma respiração fisiológica (Kisner [et al.], 2005; Heitor, citado por Menoita e Cordeiro, 2014).

Na pessoa submetida a cirurgia abdominal, como foi referido no quadro teórico, o diafragma pode encontra-se comprometido. Segundo a OE (2018) quando há um comprometimento do diagrama, através da reeducação diagramática com a realização da respiração diafragmática ou abdominodiafragmática pode-se minimizar essa alteração.

Na subcategoria de controle expiratório, que resulta do questionamento e exemplificação de controlo respiratório, quatro pessoas referiram não ter conhecimento sobre esta técnica de RFR:

“Não, não...” (E5)

“Não... [fáceis de espanto]” (E6)

Dois dos participantes, após serem interrogado sobre controle expiratório e respetiva exemplificação, tentaram executar, mas reconheceram que não sabiam o que era:

“Também não... Há fazer assim! [Sr.º repetiu o que fiz] depois assopro só pela boca... [repetiu o exercício] ...fiz isto num exame...” (E3)

“Assim não sei! Não estou a ver...[Exemplificado] Ela falou (Dr.ª) falou em respirar agora isso...” (E4)

Assim, verificamos que no pré-operatório não foi ensinado e instruído a técnica de controle expiratório, o que difere do preconizado na literatura.

Um dos objetivos do ensino no pré-operatório, segundo Isaías, Sousa e Dias (2014, p.308) “é ensinar ao doente como promover a ventilação pulmonar e a oxigenação”. Para tal estes mesmos autores referem que se deve ensinar às pessoas técnicas de RFR entre as quais a consciencialização e controle da respiração “Nesta técnica associa-se o treino da dissociação dos tempos respiratórios, realizando inspiração nasal e expiração pela boca, com os lábios semicerrados” (Cordeiro e Menoita, 2014, p.68).

A respiração com lábios semicerrados ou pressão expiratória positiva segundo a OE (2018, p.119) “é uma técnica que permite um maior controlo do padrão respiratório através de uma expiração prolongada” e tem como vantagens permitir a inspiração através do nariz logo há aquecimento, humificação e filtração do ar. Permite, ainda, gerar pressão positiva reduzindo o colapso da via aérea e aumentando o volume corrente, reduzir a quantidade de ar nos alvéolos, diminuir a frequência respiratória e melhorar a tolerância ao esforço (Pryor [et al.]; Larson [et al.]; Hoemam, 2000; Kisner, [et al.] citados por Cordeiro e Menoita, 2014).

Na subcategoria tosse cinco das pessoas entrevistadas não demonstram conhecimento como se pode constatar nas unidades de registo:

“Ninguém me disse nada disso” (E5)

“Não sei, não lhe posso dizer” (E6)

“Sinceramente não sei, depois vamos ver! ...pelo menos tenho que levar a mão a boca” (E3).

Uma das pessoas refere que não lhe foi ensinado, mas demonstra interesse em ter conhecimento:

“Não sei... Não sei? Ninguém me explicou nada, vai ter de me explicar! Só estou a saber agora!” (E1)

Das unidades de registo desta área temática uma pessoa referiu que não sabem pois não tem conhecimento sobre a cirurgia

“Como posso saber se não sei como vai ser a cirurgia! Talvez vá tossir normal... da outra vez não sei se tive dores [ao tossir]” (E2)

Estes resultados não são coerentes com o preconizado para a preparação da pessoa cirúrgica, onde a componente educacional no pré-operatório é essencial, “especialmente no ensino e treino da tosse...” (OE,2018, p.239)

O objetivo do ensino da tosse com contenção da ferida cirúrgica é manter a permeabilidade das vias aéreas com recurso a uma tosse eficaz diminuindo a dor no local cirúrgico (Isaías, Sousa e Dias, 2014).

Segundo Cordeiro e Menoita (2014, p.96) a tosse assistida é um tipo de tosse que é utilizada:

“nas situações em que a pessoa é incapaz de expulsar forçadamente o ar para expulsar as secreções brônquicas, isto é, com diminuição da força dos músculos expiratórios (...) como (...), nos pós-operatório de imediato de cirurgias torácicas e abdominais (...)”

A OE (2018) em consonância com o referido afirma que no pós-operatório de cirurgia abdominal, deve -se recorrer a técnicas de limpeza das vias áreas, com o intuito de mobilizar secreções e nestas técnicas referencia a tosse assistida com contenção da ferida cirúrgica.

A pertinência de no pré-operatório de cirurgia abdominal, a pessoa adquirir conhecimentos de cuidados funcionais nomeadamente conhecimentos da técnica de tosse com contenção da ferida cirúrgica é comprovado pelo estudo de Santos [et al.] (2017). Neste estudo é referido que em qualquer intervenção cirúrgica abdominal ou

torácica há risco de desenvolver complicações pós-operatórias, nomeadamente, no sistema respiratório que é o mais suscetível. Para estes autores a tosse é o principal mecanismo fisiológico e autónomo de eliminação de secreções, no entanto nos pós-operatórias destas cirurgias a pessoa apresenta medo de tossir. O objetivo deste estudo foi de analisar “quais são os medos” de tossir no pós-operatórios tendo sido o “medo de abrir os pontos” o mais referido, mas também foi mencionado a dor que provoca a tosse. Para desmitificação deste medo propõem realização um programa de educação em saúde, com técnicas de ensino da tosse assistida.

O conhecimento no Pré-operatório sobre cuidados Funcionais respiratórios, também está presente em alguns dos discursos dos participantes, emergindo a categoria **demostra**. Nesta categoria surgem as subcategorias Respiração abdominodiafragmática, tosse.

Um participante refere que foi informado acerca dos cuidados respiratórios, nomeadamente respiração abdominal, no entanto demonstra dúvidas do que lhe foi dito.

“A doutora falou me para respirar (pausa), para respirar... quando acabar a operação, para respirar (...) Falou, falou na respiração É para respirar fundo! Não é? Respirar é respirar fundo?” (E4)

Outro participante referiu que já realizou RFR, numa situação de doença anterior, no entanto não tinha conhecimento que poderia fazer no pós-operatório:

“Eu cheguei a fazer fisioterapia respiratória em França uma vez que um pulmão se colou... ninguém me disse que eu podia fazer agora isso nem na outra cirurgia que fiz” (E1).

Estes resultados estão de acordo com o que é preconizado pela literatura, em que pessoas submetidas as cirurgias abdominais devem realizar RFR no pré-operatório, no entanto, os achados nas entrevistas demonstram que estas pessoas não têm perceção sobre o como e o porquê destes cuidados, pelo que mesmo detendo algum conhecimento manifestaram dúvidas, necessitando de reforço e orientação para os exercícios respiratórios.

A respiração abdominodiafragmática é uma técnica na RFR, e o êxito desta depende do treino no pré-operatório. O benefício de iniciar no pré-operatório RFR e ser mantido no pós-operatório foi evidenciado por Abdelaal [et al.] (2017), Leite (2017) e Soares (2017). O programa de RFR no estudo de Soares iniciou-se logo após a consulta de pré-

operatório, a pessoa deu continuidade deste programa no domicílio, na véspera da cirurgia e durante o restante internamento foi realizado com a presença do investigador. Após a alta a pessoa mantém o programa de RFR sem o investigador até a consulta de pós-operatório. Esta frequência demonstra que estes programas para ter êxito devem ser realizados em mais que uma sessão.

O estudo de Boden [et al.] (2017), que tinha como objetivo avaliar a eficácia e fidelidade da educação pré-operatória da fisioterapia na cirurgia abdominal, conclui que ao serem realizadas sessões de educação/treino de RFR (exercícios respiratórios e deambulação precoce) a pessoa tem uma maior capacidade de aprendizagem e apreensão de conhecimentos do que se apenas for disponibilizado material de apoio (panfleto).

A subcategoria Tosse surgiu no discurso de um participante

“Tenho que fazer um aperto? Tenho que fazer!?” (E4) [referindo-se ao tossir]

Percebemos da análise do discurso desta pessoa que tem um conhecimento ténue sobre a tosse assistida com contenção da ferida cirúrgica, no entanto a “forma” como expressou não foi com uma linguagem esclarecedora, pois compreendemos receio de se expressar, e necessidade de solidificar conhecimentos e atitudes para o pós-operatório.

O objetivo da preparação da pessoa para cirurgia é consciencializá-la de forma a que possa colaborar no pós-operatório e para tal é necessário ensinar e treinar exercícios e atitudes a adotar e um dos ensinamentos deve “insistir especialmente, no ensino da tosse” (Heitor, 1977 citado por Isaías, Sousa e Dias, 2014, p.308).

Na análise do Conhecimento no Pré-operatório sobre cuidados Funcionais respiratórios as pessoas cirúrgicas demonstram não ter conhecimento sobre cuidados funcionais respiratórios nomeadamente sobre controle expiratório, respiração abdominodiafragmática e técnica da tosse, relatando que nunca tinham sido informados sobre estes cuidados.

Os resultados revelam que dois participantes tinham algum conhecimento sobre estes cuidados, nomeadamente sobre respiração abdominodiafragmática. No entanto este conhecimento não estava solidificado, necessitava de reforço, instrução e treino. Nestas duas situações, percebe-se a necessidade de uma intervenção dos EEER que, com as suas competências, é capaz de promover o conhecimento nos doentes de forma a que executem os cuidados para a prevenção e/ou minimização de complicações. Numa das

situações, a médica apenas diz ao participante para respirar, na outra ninguém informou e estimulou a realizar os exercícios respiratórios que conhecia.

Percepção da Importância do Conhecimento sob Cuidados Funcionais Respiratórios a realizar na Prevenção de Complicações no pós-operatório

As complicações pós-operatórias são “qualquer disfunção que ocorra no período pós-operatório e que resulte em doença ou disfunção clinicamente significativa afetando negativamente o normal decurso da recuperação (Grams, Ono, Noronha, Schivinski & Paulin, citado pela OE, 2018, p.236).

Na cirurgia abdominal as complicações respiratórias, são das mais frequentes no pós-operatório, influenciando a morbidade, mortalidade e tempo de permanência no hospital (Avila e Fenili (2017). A RFR têm sido evidenciados na prevenção, tratamento e redução da gravidade das complicações pós-operatórias e de acordo com a OE (2018, p.237) “a implementação precoce de um programa de RR visa reduzir o risco de complicações e a sua resolução prematuramente e deve ser iniciado no pré-operatório, estendendo-se até ao pós-operatório.”

No decorrer do nosso estudo, como acabamos de mencionar, surgiu a necessidade de explicar e exemplificar aos participantes o que eram cuidados funcionais respiratórios, pois não demonstraram conhecimento sobre eles e os que demonstraram algum conhecimento era pouco claro e consolidado, pelo que necessitam e reclamam ensino e treino.

Dos discursos verificamos que para os participantes era **importante** e **útil** adquirirem, no pré-operatório conhecimentos de cuidados funcionais respiratórios.

Da análise dos resultados relativamente à importância da aquisição de conhecimentos, um participante justifica esta “importância” para a prevenção de complicações:

“Claro que sim! Claro que é importante! Se eu não sei a, se corro riscos se isso é importante para mim para depois da cirurgia claro que é importante...”
(E1)

“Acho importante que me ensine, se eu estou consciente, não sei como devo respirar, tossir se alguém me der a indicação é para meu bem...” (E1)

Outros dois entrevistados mencionam que não tem conhecimento, por isso lhe deveria ser ensinado:

“Acho que sim, que devia ser ensinado, nunca ouvi falar nisso ...” (E2)

“Para saber o que vou fazer, posso fazer asneiras, não é?” (E5)

A percepção da pessoa submetida a cirurgia abdominal sobre os cuidados funcionais respiratórios serem importantes no pré-operatório para a prevenção de complicações vão de encontro aos resultados obtidos no estudo de Soares (2017) que iniciou um programa de RFR no pré-operatório e conclui que este diminui a incidência de complicações respiratórias no pós-operatório.

Como revelam os resultados, as pessoas demonstram interesse e referem que lhes deveriam ser ensinados os cuidados funcionais respiratórios. Esta constatação reforça a pertinência dos ensinamentos pré-operatório que segundo OE (2018, p.237) “é importante (...) ensino e treino da tosse, exercícios respiratórios, exercícios musculares, mobilização precoce e exercícios de correção postural no período pré-operatório”.

Soares (2017) também refere que a pessoa no pré-operatório, também estava disponível e motivada para aquisição de conhecimentos, pois constatou que houve um aumento substancial na aquisição de conhecimentos do primeiro momento de avaliação (consulta de pré-operatório), para o segundo momento (véspera da cirurgia), em todos os exercícios do programa de RFR.

Na análise desta categoria, uma pessoa demonstra interesse em aprender, no entanto levanta a questão acerca de quem lhe poderá ensinar:

“Sim acho, mas não sei, não sei quem me possa ensinar” (E6)

Os estudos realizados por Leite (2017) e Soares (2017) demonstram que os programas de RFR são benéficos para a pessoa submetida a cirurgia abdominal, sendo estes realizados por EEER.

O objetivo do EEER na sua intervenção junto da pessoa cirúrgica é a recuperação da função respiratória e motora que foi alterada pela intervenção cirúrgica, através de programas de RFR. O recurso a estas ações diminui as complicações respiratórias ou permite identificá-las precocemente, e permite recuperar a função respiratória e motora (Leite, 2017).

O estudo de Boden, [et. al] (2017), permitiu evidenciar que a realização de uma sessão RFR no pré-operatório foi mais eficaz do que a entrega de um panfleto com os exercícios respiratórios.

Os participantes referem, ainda que terem conhecimento sobre os cuidados respiratórios é **útil** para a prevenção de complicações no pós-operatório, tal como emerge das unidades de registo:

“Ninguém me explicou nada até agora isto devia ser mais aperfeiçoado” (E1)

“...alguém me[deveria] explicar como devo fazer depois da cirurgia. Isso devia ser mais aperfeiçoado, mais explicado a pessoa como é!” (E1)

“Acho que isso era útil, seria útil penso eu...” (E3)

“Acho que sim, principalmente quem faz cortes no corpo, não é? Têm tendência a mexer com os pontos e depois tem problemas mais graves para a frente” (E3)

“Se é preciso saber fazer, é claro que sim ...” (E4)

Na caracterização dos participantes, constata-se que quatro pessoas vão ser submetidas a cirurgia abdominal superior e duas a cirurgia abdominal baixa. Segundo a OE (2018) na cirurgia abdominal superior a incidência de complicações pós-operatórias é superior do que na cirurgia abdominal baixa. Esta constatação é justificada pelo facto de na cirurgia abdominal alta “é comum a alteração da relação ventilação/perfusão devido a uma disfunção diafragmática (paresia) e inibição do nervo frénico” (Rochester, citado pela OE, 2018, p.242). Daí a relevância de as pessoas que vão ser submetidas a este tipo de cirurgia realizarem um programa de RFR no pré-operatório, pois o treino dos músculos respiratórios no pré-operatório segundo Hiroaki [et al.] citado por Isaías, Sousa e Dias (2014), previne complicações no pós-operatório.

Na cirurgia abdominal baixa, os programas a RFR são uteis, pois, “melhora a oxigenação sem aumentar a dor abdominal” (Manzano, Carvalho, Saraiva-Romanholo & Vieira, citado pela OE, 2018, p.242)

Síntese:

O conhecimento no pré-operatório sobre a cirurgia não existe para alguns dos participantes e para os que demonstraram algum conhecimento, foi relativo à técnica cirúrgica e a complicações resultantes do procedimento cirúrgico. A fonte deste conhecimento foi exclusivamente a equipa médica. Podemos constatar que na pessoa

cirúrgica há pessoas que demonstram disposição para adquirir conhecimento sobre cirurgia que iram realizar e outras que não demonstram esse interesse.

No conhecimento sobre os cuidados a ter no pré-operatório, percebemos que a maioria dos participantes demonstra conhecimentos pré-operatórios no que concerne aos cuidados com alimentação, tratamento farmacológico e preparação do local cirúrgico. A equipa médica foi, mais uma vez a fonte de informação deste conhecimento.

Quanto ao conhecimento sobre os cuidados a ter no pós-operatório, os participantes demonstram algum, essencialmente o relacionado com a alimentação no pós-operatório imediato, com o tratamento farmacológico e com movimento, particularmente andar no pós-operatório. As fontes do conhecimento sobre estes cuidados continuam a ser a equipa médica, no entanto aqui surge outras fontes nomeadamente os meios de comunicação e “pessoa conhecida” que tinha realizado a mesma intervenção cirúrgica.

No discurso dos participantes verificamos que sentem dúvidas quanto à intervenção que vão realizar, assim como aos cuidados a ter no pré e pós-operatório. O conhecimento que demonstram foi obtido através da equipa médica, a equipa de enfermagem não teve nenhuma intervenção, contrariando o preconizado pela literatura acerca da relevância da intervenção de enfermagem no pré-operatório, particularmente com a realização de uma consulta destinada a capacitar a pessoa para os cuidados, para a prevenção e minimização de complicações pós-operatórias.

Os participantes demonstram não ter conhecimento sobre cuidados funcionais respiratórios, nomeadamente sobre controle expiratório, respiração abdominodiafragmática e técnica da tosse, relatando que nunca tinham sido informados sobre estes cuidados.

Os resultados revelam que dois participantes tinham algum conhecimento sobre estes cuidados, nomeadamente sobre respiração abdominodiafragmática. No entanto, este não era consistente, necessitava de reforço, de instrução e treino das manobras. Assim, percebe-se a necessidade de uma intervenção do EEER, que com as suas competências, é capaz de promover o conhecimento nos doentes de forma a que executem os cuidados prevenindo e/ou minimizando complicações. Numa das situações, a médica apenas diz ao participante para respirar, na outra ninguém a informa e estimula a realizar os exercícios respiratórios que conhecia.

Quando questionados os intervenientes neste estudo se achavam oportuno que, no pré-operatório lhes seja ensinado, instruído e treinado a execução de exercícios respiratórios, todos demonstram interesse, tendo expressado que a aquisição desse

conhecimento no pré-operatório era útil e importante para prevenção de complicações no pós-operatório.

O estado da arte evidencia que os programas de RFR para a pessoa submetida a cirurgia abdominal, são benéficos para a prevenção complicações, para a diminuição da ansiedade, resolução das complicações respiratórias que possam surgir no pós-operatórios, ou seja contribuem para o seu processo de reabilitação.

O EEER, segundo o Regulamento nº 125/2011 (2011), “compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos (...) concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, nos problemas reais e potenciais das pessoas...”. No doente cirúrgico o EEER deve atuar no sentido de recuperar a função respiratória e motora alterada pelo ato cirúrgico, otimizando o seu estado funcional através de programas de RFR.

Os resultados encontrados permitem identificar que os participantes, pessoas submetidas a cirurgia abdominal num hospital do norte do país, têm deficit de conhecimento, no pré-operatório, acerca da cirurgia, dos cuidados gerais pré e pós-operatórios, assim como acerca de cuidados específicos de reabilitação respiratória, essenciais para a prevenção complicações.

Para a resolução destes problemas, propomos uma intervenção sistematizada na área dos cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória a todos as pessoas submetidas a cirurgia abdominal.

No sentido de analisar a viabilidade desta proposta recorreremos à análise SWOT que constitui um instrumento fundamental na verificação da viabilidade da solução proposta, confrontando pontos fracos e fortes a nível interno assim como as oportunidades e ameaças a nível externo.

1.7 – Análise SWOT para Consulta de Enfermagem de Reabilitação Pré-Operatória

A análise SWOT “permite a reflexão e a confrontação com fatores positivos e negativos identificados” (Ruivo, Ferrito e Nunes). Com esta análise SWOT pretendemos aperceber os pontos fortes e fracos a nível interno e as oportunidades e ameaças a nível externo, percebendo as potencialidades e as fragilidades deste projeto que visa a implementação da consulta pré-operatória de RFR na pessoa submetida a cirurgia abdominal. O Quadro 10 que apresentamos permite perceber a análise efetuada.

Quadro 10 – Análise SWOT

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> • Existência de diagnóstico de situação • Evidencia científica do resultado dos programas de RFR • Desenvolvimento da investigação científica de E R • Melhoria na qualidade dos cuidados de saúde da pessoa submetida a cirurgia abdominal • Diminuição do tempo de internamento • Redução dos custos hospitalares • Existência de recursos humanos motivados • Existência de Enfermeiros com experiência em cuidados Perioperatório e Especialidade de Enfermagem de Reabilitação • Incentivo e apoio da equipa multidisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> • Não existência de um programa de RFR sistemático para a pessoa submetida a cirurgia abdominal • Não integração de Enfermeiros de Reabilitação na equipa cirúrgica
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> • Criação de consulta pré-operatória de cuidados de enfermagem de reabilitação • Política de saúde favoráveis a projetos de melhoria da qualidade dos cuidados saúde • Instituição promovedora de projetos de inovação para a melhoria continua dos cuidados de saúde • Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> • Mudança do modelo organizacional da instituição

Síntese:

Na análise SWOT verificamos que são mais os pontos fortes que os pontos fracos, esta vantagem permitirá uma maximização das forças e uma superação das fraquezas. Esta consulta de enfermagem pré-operatória de RFR, surge como uma oportunidade para maximizar a qualidade de vida da pessoa submetida a cirurgia abdominal, através da diminuição das complicações respiratórias pós-operatórias. Por sua vez, terá efeitos diretos na diminuição dos custos hospitalares através diminuição dos tempos de internamentos e resolução das complicações respiratória.

2 – OBJETIVOS

De acordo com a metodologia adotada de trabalho Projeto, o diagnostico de situação permitiu identificar os problemas onde é necessário intervir, chegando o momento de definir objetivos para a resolução dos problemas identificados.

Segundo. Barbier citado por Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p.18):

“os objetivos na metodologia de projeto assumem-se como representações antecipadas na acção “a *realizar* “, ou seja, a determinação dos objetivos finais embora não seja sempre uma condição previa temporal é irremediavelmente um ponto fulcral na elaboração de projetos de acção”.

Para este trabalho delineamos os seguintes objetivos:

- Capacitar a pessoa submetida a cirurgia abdominal para a execução de exercícios respiratórios no pré e pós-operatório
- Prevenir complicações respiratórias na pessoa submetida a cirurgia abdominal

3 – PLANEAMENTO

Esta é a etapa do trabalho de projeto onde se definem as atividades para se atingir os objetivos que se pretende, com o intuito de resolver o problema identificado no diagnóstico de situação.

O planeamento é definido por Capucha (2008, p.7) como

“conjunto articulado de procedimentos que conduzem ao estabelecimento do plano de acção. Quase sempre esse conjunto de procedimentos, e em particular o envolvimento dos agentes pertinentes, é tão importante como o próprio plano que é o seu resultado. “

A definição das atividades, meios e estratégias são elementos integrantes no planeamento, pois estas permitirão obter os resultados esperados face aos objetivos (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

De forma a dar resposta às necessidades identificadas da pessoa que irá realizar uma cirurgia abdominal, optamos por planear uma consulta de pré-operatório de RFR com 3 sessões, de acordo com as dificuldades/necessidades identificadas. A conceção e planeamento destas sessões estão baseadas nos pressupostos teóricos, no diagnóstico de situação e da análise SWOT realizada.

Sessão nº 1: “Apreender a Respirar para não Complicar”

Fundamentação:

A cirurgia abdominal provoca alteração da função respiratória, vários estudos comprovam que a manipulação abdominal, provoca a diminuição reflexa do nervo frénico e por sua vez a paresia do diafragma que influencia na diminuição das capacidades pulmonares e volumes respiratórios. (Neto [et al.], 2005; Gastaldi [et al.], 2008; Ribeiro [et al.], 2008, citados por Isaías, Sousa e Dias, 2012).

Os programas de RFR no Pré-operatório da pessoa submetida a cirurgia abdominal, são benéficos, para a prevenção de complicações respiratórias, circulatórias e posturais, diminuição da ansiedade, na resolução das complicações respiratórias que possam surgir no pós-operatórios ou seja contribuem para a reabilitação das pessoas no pós-operatória em cirurgia abdominal. Para Dawson in Gomes (2009) a pessoa submetida a cirurgia deve ser informada sobre preparação cirúrgica 10 a 14 dias, pois se for no dia da intervenção a ansiedade irá influenciar a capacidade de a pessoa reter e adquirir conhecimentos, neste sentido os programas de RFR devem ser iniciados antes da intervenção cirúrgica. Potter e Perry (2006) sugerem que a consulta de pré-operatório é o momento ideal para iniciar a preparação da pessoa, neste sentido esta sessão será realizada após a essa consulta.

Objetivos:

- Avaliar a pessoa
- Informar sobre as vantagens dos Programas de RFR
- Ensinar e Instruir sobre técnicas RFR

População-Alvo:

As pessoas submetidas a cirurgia abdominal

Estratégias a utilizar:

- Avaliação da função respiratória
- Informar e Instruir sobre técnicas RFR:
 - posição de descanso e relaxamento
 - consciencialização dos tempos respiratórios

- controle da respiração
- respiração abdominodiafragmática
- exercícios de expansão torácica com recurso a bastão
- movimentos ativos e correção postural
- tosse com contensão da ferida cirúrgica
- espirometria de incentivo

Intervenientes:

Enfermeiros de Reabilitação

Calendarização:

No dia da consulta Pré-operatório

Local:

Consulta Externa

Recursos:

Cadeira

Marquesa

Espelho

Bastão

Espirómetro

Estratégias de Avaliação:

Grelha de avaliação das Sessões (Apêndice IV).

Sessão nº 2: “Treinar a Respirar para não Complicar”

Fundamentação:

A RFR no doente cirúrgico deve iniciar-se no pré-operatório o mais precoce possível, e dada continuidade no pós-operatórios. Segundo Isaías, Sousa e Dias (p.308,2014) “o êxito da Reeducação Funcional Respiratória depende em grande parte da existência de um treino pré-operatório”. Os estudos de Abdelaal [et al.] (2017), Soares (2017), Leite (2017) demonstraram que a RFR nas pessoas submetidas as cirurgias abdominais diminuíram as complicações respiratórias no pós-operatórios, tendo estes estudos sido iniciados no pré-operatório com pelo menos dois momentos de intervenção neste período de preparação para a cirurgia.

Objetivos:

- Avaliar conhecimentos sobre técnicas de RFR
- Treinar técnicas RFR
- Incentivar a realização técnicas RFR no domicílio

População-Alvo:

As pessoas submetidas a cirurgia abdominal

Estratégias a utilizar:

- Avaliação do conhecimento de cuidados funcionais respiratórios
- Treinar a pessoa a realizar técnicas RFR:
 - posição de descanso e relaxamento
 - consciencialização dos tempos respiratórios
 - controle da respiração
 - respiração abdominodiafragmática
 - exercícios de expansão torácica com recurso a bastão
 - movimentos ativos e correção postural
 - tosse com contenção da ferida cirúrgica
 - espirometria de incentivo
- Incentivar a pessoa realizar no domicílio técnicas RFR

Intervenientes:

Enfermeiros de Reabilitação

Calendarização:

No dia da consulta de Anestesia

Local:

Consulta Externa

Recursos:

Cadeira

Marquesa

Espelho

Bastão

Espirómetro

Estratégias de Avaliação:

Grelha de avaliação das Sessões (Apêndice IV)

Sessão nº 3: “Realizar para Tranquilizar Reforçar para incentivar...”

Fundamentação:

Para Potter e Perry (2006) a transmissão de informação à pessoa submetida a uma cirurgia deve ser numa consulta no pré-operatório, e sendo reforçada no dia da intervenção cirúrgica. A literatura demonstra que os programas de RFR para a pessoa submetida a cirurgia abdominal, são benéficos para a prevenção de complicações, para a diminuição da ansiedade, resolução das complicações respiratórias que possam surgir no pós-operatórios, ou seja contribuem para o seu processo de reabilitação. Daqui surge uma das vantagens desta sessão.

Por sua vez a experiência cirúrgica é única para cada pessoa, a forma diferencial de reação está dependente de fatores psicossociais e fisiológicos subjacentes à individualidade da pessoa.

No pré-operatório de uma forma geral toda a pessoa apresenta ansiedade medos e receios relacionados com a intervenção cirúrgica, a realização de uma preparação pré-operatória adequada à pessoa permitirá diminuir, reduzir os medos e ansiedades. (Isaías, Sousa e Dias, 2014)

Os níveis de ansiedade são elevados no dia ou na véspera da intervenção cirúrgica, como constatou Soares (2017) no seu estudo, tanto no grupo de intervenção como no de controle, no entanto estes níveis tiveram um decréscimo acentuado no pós-operatório no grupo de intervenção o que permitiu concluir que os programas de RFR diminuem a ansiedade na pessoa.

A realização desta sessão permitirá dar continuidade ao treino das técnicas de RFR assim como diminuir ansiedade da pessoa.

Objetivos:

- Diminuir ansiedade da pessoa
- Avaliar a execução das técnicas RFR
- Reforçar treino das técnicas RFR

População-Alvo:

As pessoas submetidas a cirurgia abdominal

Estratégias a utilizar:

- Treinar a pessoa a realizar técnicas RFR:
 - posição de descanso e relaxamento
 - consciencialização dos tempos respiratórios
 - controle da respiração
 - respiração abdominodiafragmática
 - exercícios de expansão torácica com recurso a bastão
 - movimentos ativos e correção postural
 - tosse com contenção da ferida cirúrgica
 - espirometria de incentivo

Intervenientes:

Enfermeiros de Reabilitação

Calendarização:

Na véspera ou dia da intervenção cirúrgica

Local:

Consulta Externa

Recursos:

Cadeira

Marquesa

Espelho

Bastão

Espirómetro

Estratégias de Avaliação:

Grelha de avaliação das Sessões (Apêndice IV)

4 – EXECUÇÃO

A execução de um projeto é a etapa de operacionalizar o que foi planeado, “o que anteriormente era somente um real construído mentalmente, um “esboço de desejo “começa a tornar-se numa situação real construída “segundo Carvalho [et al.], 2001; Nogueira, 2005 citados por Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p.23).

No entanto, a concretização desta etapa não esta somente depende da “vontade “do investigador, carece de aprovação da instituição onde se realizou o estudo. Cronologicamente é impossível propor a implementação da consulta em tempo oportuno para apresentação deste trabalho académico, iremos à posterior fazer esta proposta ao Conselho de administração da Instituição.

Estamos conscientes que ao longo da implementação desta consulta, surgirão necessidades que não foram detetadas na elaboração da proposta, as quais pretendemos dar resposta, no sentido de não afetar os objetivos delineados.

5 – AVALIAÇÃO

A avaliação de um projeto, não só permite verificar se os resultados foram obtidos, se as intervenções foram adequadas para se atingirmos os objetivos, como “é o principal instrumento de apoio à replicação e reprodução alargada das boas práticas, porque permite compreender tanto os sucessos como os insucessos das ações desenvolvidas.” (Capucha, 2008, p.45).

No planeamento da etapa da avaliação de projetos para Capucha (2008) deve estar implícito a avaliação de quatro dimensões: impactos do projeto, da realização, da operacionalização e da conceção da intervenção.

Segundo Capucha (2008, p.48) “A avaliação trabalha, normalmente, com base em indicadores. Os critérios de avaliação só ganham corpo desde que se traduzam em indicadores que permitam aferi-los.”

Indicadores são definidos por Minayo (2009, p.84) como “parâmetros quantificados ou qualitativos que servem para detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo bem conduzidos (avaliação de processo) ou foram alcançados (avaliação de resultados).” Para a Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015, p3) “Os indicadores possibilitam a avaliação da qualidade e dos ganhos em saúde e a identificação de oportunidade de melhoria.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação ao produzirem indicadores em saúdes contribuem para a melhoria continua das qualidades dos Cuidados de Enfermagem Especializados, para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados e na identificação de oportunidade de melhorar a prestação dos cuidados de saúde (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015).

Para avaliação desde projeto planeamos recorrer a indicadores da saúde capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de reabilitação.

Segundo os objetivos propostos propõem se os seguintes indicadores de Processo:

Percentagem de pessoas a quem foi aplicado o programa de reabilitação respiratória

- A - Nº de pessoas com programa de reabilitação respiratória
- B - Nº de pessoas que realizaram cirurgia abdominal

$$A/B \times 100$$

Percentagem de pessoas com conhecimento sobre respiração diafragmática

- A - Nº de pessoas com conhecimento sobre respiração diafragmática,
- B - Nº total de pessoas que realizaram cirurgia abdominal

$$A/B \times 100$$

Percentagem de pessoas com conhecimento sobre Consciencialização e controle respiratório

- A - Nº de pessoas com conhecimento sobre Consciencialização e controle respiratório
- B - Nº total de pessoas que realizaram cirurgia abdominal

$$A/B \times 100$$

Percentagem de pessoas com conhecimento sobre tosse com contensão da ferida cirúrgica

- A - Nº de pessoas com conhecimento sobre tosse com contensão da ferida cirúrgica
- B - Nº total de pessoas que realizaram cirurgia abdominal

$$A/B \times 100$$

Segundo os objetivos propostos propõem se os seguintes indicadores de resultados:

Percentagem de pessoas com ganhos em capacidade para executar respiração diafragmática

- A - Nº de pessoas com ganhos em capacidade para executar técnica de respiração diafragmática,
- B - Nº total de pessoas que realizaram cirurgia abdominal

$$A/B \times 100$$

Percentagem de pessoas com ganhos em capacidade para executar a consciencialização e controle respiratório

- A - Nº de pessoas com ganhos em capacidade para executar Consciencialização e controle respiratório
- B - Nº total de pessoas que realizaram cirurgia abdominal

$$A/B \times 100$$

Percentagem de pessoas com ganhos em capacidade a técnica da tosse com contensão da ferida cirúrgica

- A - Nº de pessoas com ganhos em capacidade para executar a técnica da tosse com contensão da ferida cirúrgica
- B - Nº total de pessoas que realizaram cirurgia abdominal

$$A/B \times 100$$

Percentagem de pessoas com complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgia abdominal

- A - Nº de pessoas com complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgia abdominal
- B - Nº total de pessoas que realizaram cirurgia abdominal

$$A/B \times 100$$

Percentagem de pessoas com prolongamento do tempo de internamento por complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgia abdominal

- A - Nº de pessoas com prolongamento do tempo de internamento por complicações respiratórias no pós-operatório de cirurgia abdominal
- B - Nº total de pessoas que realizaram cirurgia abdominal

$$A/B \times 100$$

CONCLUSÃO

Na realização deste projeto, percorremos um percurso de investigação que nos permitiu um desenvolvimento profissional e pessoal. Sendo Enfermagem uma disciplina, torna-se imprescindível a produção e renovação contínua de conhecimentos, o que apenas é assegurado pela Investigação, desta forma, a investigação fornece um contributo importante à prática clínica de enfermagem. A Enfermagem evolui como disciplina através de uma identificação de saberes específicos e de um crescimento para a prática baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Assim, para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa, torna-se imprescindível uma atualização constante de conhecimentos, sendo estes obtidos através da prática baseada na evidência e na pesquisa, existindo assim uma interligação entre eles que permite uma tomada de decisão de forma sustentada.

Ciente da importância da intervenção do EEER na Pessoa Cirúrgica, os benefícios da sua aplicação à prática clínica demonstrados por outros investigadores (Rodrigues, 2015; Leite, 2017; Soares, 2017), torna-se imprescindível implementar programas de RFR no pré-operatório, assim surgiu este projeto. A Enfermagem de Reabilitação segundo o Regulamento nº 125/2011 (2011), “compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos (...) concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, nos problemas reais e potenciais das pessoas...”

A revisão da literatura permitiu demonstrar que as complicações respiratórias pós cirurgia abdominal são das mais frequentes, no pós-operatório (Castro; Ávila e Feniti, 2017). Os programas de RFR iniciados no pré-operatório são benéficos para a prevenção de complicações, diminuição da ansiedade e para reabilitação pós-operatória em cirurgia abdominal. No doente cirúrgico o EEER deve atuar no sentido de recuperar a função respiratória e motora alterada pelo ato cirúrgico, otimizando o seu estado funcional através de programas de RFR. Estas ações permitem diminuir as complicações respiratórias, ou identificar o mais precoce e recuperar através de um plano de reabilitação individualizado (Leite, 2017).

O diagnóstico da situação comprovou que as pessoas deste estudo não tinham acompanhamento por parte de EEER no pré-operatório. Apercebemo-nos dos constrangimentos, necessidades e dificuldades vivenciadas pelas pessoas no pré-operatório, pela existência de dúvidas para a preparação cirúrgica e pela falta de conhecimentos para promover a sua recuperação no pós-operatório. O deficit de conhecimento sobre a cirurgia, cuidados pré e pós-operatórios e a ausência de

conhecimento sobre cuidados respiratórios torna-se uma barreira para a sua reabilitação. A intervenção de EEER no Peri-operatório deve ser promovida no sentido de melhorar qualidade de cuidados à pessoa cirúrgica.

A proposta de implementação de uma consulta pré-operatória de reeducação funcional respiratória emergiu para dar resposta aos problemas identificados. No pré-operatória da pessoa submetida a cirurgia abdominal a componente educacional é essencial para a preparação cirúrgica e recuperação das pessoas no pós-operatório. Segundo a OE (2018) esta componente educacional deve incidir no ensino e treino de cuidados funcionais respiratórios no pré e pós-operatório. O planeamento da consulta surge como forma de dar resposta à problemática e tem como finalidade melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa cirúrgica, promovendo ganhos em saúde e redução de custos hospitalares.

Consideramos potenciar o êxito deste projeto se existir continuidade no pós-operatório, pelo que deve ser articulado com o EEER do serviço de cirurgia ou em alternativa seja efetuado o acompanhamento pelo EEER da consulta.

Nos trabalhos de investigação existem sempre limitações, concretamente neste projeto as limitações estão relacionadas com o tamanho / características da amostra assim como a necessidade de autorização da instituição para a sua implementação. Mas, importa realçar que a consulta de enfermagem, além de se constituir como uma prática inovadora, acrescentará qualidade aos cuidados prestados pela Instituição.

Sugerimos a realização de outros estudos nesta área, com amostras maiores e em contextos semelhantes, mas também, a implementação desta consulta que permitirá novas investigações nesta área e contexto.

Ao longo do deste percurso surgiram dificuldades e adversidades tendo como maior dificuldade a inexperiência no campo da investigação, nomeadamente na recolha e análise de dados, no entanto estas dificuldades foram ultrapassadas com o apoio e disponibilidade dos orientadores que me motivaram incondicionalmente para a realização deste projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDELAAL, Gehan, [et al.] - Effect of preoperative physical and respiratory therapy on postoperative pulmonary functions and complications after laparoscopic upper abdominal surgery in obese patients. **Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis** [Em linha]. Vol 66, nº 4 (Out. 2017), p. 735-738. [Consultado a 10 dez. 2017]. <https://doi.org/10.1016/j.ejcdt.2017.10.012>

AGOSTINHO, Cátia - **O Trabalho: projeto como estratégia pedagógica no ensino da História**. Lisboa: [s.n.], 2017. Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de ciências socia e humanas da Universidade de Lisboa.

ALMEIDA, Elisângela - **Efeito de um protocolo pós-operatório de mobilização precoce no pós-operatório de pessoas submetidas a cirurgia abdominal oncológica**. São Paulo: [s.n.], 2016. Tese de doutoramento apresentada na Universidade de São Paulo.

AMARAL, Cristina [et al.] - Recomendações perioperatória para profilaxia do tromboembolismo venoso no doente adulto: consenso nacional multidisciplinar 2014. **Revista Portuguesa de Anestesiologia**. Lisboa. ISSN 0871-6099. Vol 23, nº 3 (2014), p. 62-75.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST - **ASA Physical Status Classification System**. [Em linha]. Washington DC: American Society of Anesthesiologist, 2014 [Consultado a 20 nov. 2017]. Disponível em <https://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>

ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO -Core de Indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação: aprovado por maioria, com alterações na Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, em 24 de janeiro de 2015, na cidade do Porto. Porto: Ordem dos Enfermeiros, 2015.

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS - **Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados**. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X.

ÁVILA, Ana; FENILI, Romero - Incidência de fatores de complicações pulmonares pós-operatórias em pacientes submetidos à cirurgia de tórax e abdômen. **Revista Colégio Brasileiro Cirurgias**. [Em linha]. Vol.44, nº 3 (Jun. 2017), p. 284-292. [Consultado a 22 dez. 2017]. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912017003011>

BARDIN, Laurence - **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. ISBN 978-972-44-1506-2.

BODEN, Ianthe; REEVE, Julie - The Physiotherapy Management of Patients undergoing Abdominal Surgery. **New Zealand Journal of Physiotherapy**. [Em linha]. Vol 44 (mar. 2016), p. 33-49. [Consultado a 3 dez 2017]. doi:10.15619/NZJP/44.1. 05.

BODEN, Ianthe [et al.] - Physiotherapy education and training prior to upper abdominal surgery is memorable and has high treatment fidelity: a nested mixed- methods randomized - controlled study. **Physiotherapy**. [Em linha]. Vol 104, nº 2 (Set. 2017), p. 194-202 [Consultado a 3 dez. 2017]. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2017.08.008>

BODEN, Ianthe [et al.] - Preoperative physiotherapy for the prevention of respiratory complications after upper abdominal surgery: pragmatic, double blinded, multicentre randomised controlled trial. **BMJ**. [Em linha]. Vol. 360 (jan. 2018), p. 202-207. [Consultado a 2 dez. 2018]. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5916>

BOSCO, Priscila [et al.] - A Visita pré-operatória de enfermagem pelo enfermeiro residente em enfermagem médico-cirúrgica: relato de experiência. **Revista De Enfermagem UFPE**. [Em linha]. Vol 7, nº 11 (nov. 2013), p. 6553-6556. [Consultado a 13 dez 2017]. DOI: 10.5205/reuol.3794-32322-1-ED.0711201331

CAPUCHA, Luís Antunes - **Planeamento e avaliação de projetos: guião prático**. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Educação, 2008. [Consultado a 2 Fev. 2019]. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2010/V10n4/12.pdf>

CARVALHO, Ricardo [et al.] - O Paciente cirúrgico: parte I. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**. [Em linha]. Vol 10, nº 4 (Dez. 2010), p. 85-92. ISSN 1808-5210. [Consultado a 2 Dez. 2017]. Disponível em <http://www.revistacirurgiabmf.com/2010/V10n4/12.pdf>

CASTANHEIRA, Liliana [et al.] - A Medicação crónica no período perioperatório perfil de utilização e gestão de risco. **Acta Médica Portuguesa**. [Em Linha]. Vol 24, nº 6 (Nov.

2011), p. 893-8. [Consultado a 13 Mar. 2019]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/9d4a/5dbecaa7fd950d7b43dabd252e2044bc9aa1.pdf>

CASTRO, Josiane [et al.] - Assistência de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico por Afecções Gastrointestinais: uma Revisão Bibliográfica. **Brazilian Journal of Clinical Research**. [Em linha]. Vol 19, nº 2 (Jun-Ago. 2017), p.119-124. [Consultado a 13 Mar. 2019]. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170706_112242.pdf

CHRISTÓFORO, Berendina; CARVALHO, Denise - Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista Da Escola De Enfermagem Da USP**. [Em Linha]. Vol 43 nº 1 (Mar. 2009), p. 14-22. [Consultado a 19 Mar. 2019]. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100002>

CLAYTON, Thomas - **Dicionário Médico Enciclopédico Taber**. 17^a ed. Loures: Lusociência, 2010. ISBN:85-204.0940-7.

COELHO, Ana - **Complicações pós-operatórias em cirurgia colo-rectal: estudo aplicado ao internamento nos hospitais públicos de Portugal Continental**. Lisboa: [s.n.], 2014. Especialização em Administração Hospitalar apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - **CIPE. Versão 2015: classificação internacional para a prática de enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015. ISBN 978-989-8444-35-6.

CORDEIRO, Maria; MENOITA, Elsa - **Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas**. Loures: Lusociência, 2014. ISBN 978-972-8930-86-8.

CORRÊA, Carla [et al.] - Considerações anestésicas na cirurgia laparoscópica. **ABCD arq. bras. cir. dig.** [Em linha]. Vol 21, nº 3 (jul-set. 2008). [Consultado a 2 dez. 2018]. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202008000300009>.

COSTA, Almeida; MELO, Sampaio - **Dicionário de Língua Portuguesa**. 5^a Edição. Porto: Porto Editora, 1977.

COSTA, Luiza; FARESIN, Sónia; FALCÃO, Luiz - Avaliação pré-operatória do paciente Pneumopata. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. [Em linha]. Vol 64, nº 1 (nov.

2014), p. 22-34. ISSN: 00347094. [Consultado a 12 Dez. 2017].
<https://doi.org/10.1016/j.bjpn.2012.1111002>

DANTAS, Maria - **A Visita pré-operatória de enfermagem: contributos para a sua implementação.** Coimbra: [s.n.], 2014. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Despacho nº 5613/2015. **DR II Série.** 102 (2015-05-27) 13550-13553.

Disposição. In *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. [Em linha]. [s.l.]: Priberam Informática, 2018. [Consultado a 21 out. 2019]. Disponível em
<http://www.priberam.pt/dlpo/chave>

ESTRELA, Iolanda - **Vivenciar a cirurgia “uma transição”: da informação prestada às necessidades relatadas.** Coimbra: [s.n.], 2012. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

FERNANDES, Shanlley [et al.] - Impacto da fisioterapia respiratória na capacidade vital e na funcionalidade de pacientes submetidos à cirurgia abdominal. **Einstein.** [Em Linha]. Vol. 14, nº 2(apr-jun. 2016), p. 202-207. ISSN2317-6385. [Consultado a 19 nov. 2018].
<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3398>

FORTIN, Marie-Fabienne - **O Processo de investigação: da conceptualização à realização** Loures: Lusociencia,2000. ISBN 972.838-10-x.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

GOMES, Noélia - **O Doente Cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas.** Porto: [s.n.] 2009.Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

GONÇALVES, Marco; CEREJO, Maria; MARTINS, José - A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. **Revista de Enfermagem Referência.** [Em Linha]. Série IV, nº 14 (jul-ago-set. 2017) p. 17-26 [Consultado a 20 Mar. 2019]. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>

GONÇALVES, Marco - **Influência da informação de enfermagem na ansiedade pré-operatória**. Coimbra: [s.n.] 2016. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

GOULART, André [et al.] - Gastrectomia vertical laparoscópica- Estudo Retrospectivo de 250 casos. **Revista Portuguesa de Cirurgia**. Serie II, nº 42 p. 7-16 ISSN 1646-6918.

GUIMARÃES, Samuel; MANY, Eric - **Como abordar... A metodologia de Trabalho de Projecto**. Maia: Execução Gráfica, 2006. ISBN 972-627-912-7.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; HERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar - **Metodologia de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. ISBN 85-8680493-2.

Importante. In *Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa*. [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2019. [Consultado a 19 fev. 2019]. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/importante>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Classificação Portuguesa das Profissões 2010**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2011. ISBN 978-989-25-0010-2.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – PORDATA-2018. **Média de idades dos novos pensionistas de velhice e invalidez da Segurança Social: total e por sexo**. [Consultado a 13 mar. 2019]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/M%C3%A9dia+de+idades+dos+novos+pensionistas+d+e+velhice+e+invalidez+da+Seguran%C3%A7a+Social+total+e+por+sexo-1121>

ISAÍAS, Florbela; SOUSA, Luís; DIAS, Luísa - Noções gerais da reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardíaca/abdominal. In CORDEIRO, Maria; MENOITA, Elsa - **Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória - Conceitos, Princípios e Técnicas**. Loures: Lusociência, 2014. ISBN 978-972-8930-86-8. p. 303-314.

KATSURA, Morihiro [et al.] - Preoperative inspiratory muscle training for postoperative pulmonary complications in adults undergoing cardiac and major abdominal surgery. **Cochrane Libray**. [Em linha]. nº 10 (out. 2015) [Consultado a 2 dez. 2018]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010356.pub2>

KENDALL, Filipa [et al.] - Inspiratory muscle training is effective to reduce postoperative pulmonary complications and length of hospital stay: a systematic review and meta-analysis. **Journal Disability and Rehabilitation**. [Em linha]. Vol 40, nº 8 (jan. 2017) [Consultado a 28 Set. 2018]. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1277396>

Lei nº 48/90. **DR I Série**. 195 (1990/08/24) 3452-3459.

LEITE, Daniela - **Efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a cirurgia abdominal programada**. Bragança: [s.n.], 2017. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

LOPES, Paula – **A ansiedade do doente no período Pré-operatório**. Viseu: [s.n.], 2011. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu.

MANS, Christina; REEVE, Julie; ELKINS, Mark - Postoperative outcomes following preoperative inspiratory muscle training in patients undergoing cardiothoracic or upper abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. **Clin Rehabil**. [Em linha]. Vol 29, nº 5 (2015), p. 426-438. [Consultado a 12 nov. 2018]. Doi: 10.1177/0269215514545350

MARTINS, José - Satisfação do Doente com a Informação sobre a Doença e Morbilidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [Em linha]. Vol 17, nº 3 (mai-jun. 2009), p. 335-340. [Consultado a 13 Mar. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_09.pdf

MELO, M. - **Comunicação com o doente: certezas e incógnitas**. Lisboa: Lusociência, 2005.

MINAYO, Maria - Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**. [Em Linha]. Vol 33, nº 1 (2009), p. 83-91 [Consultado a 19 abr. 2019]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/v33s1/a09v33s1

MONAHAN, Frances [et al.] - **Enfermagem Médico-Cirúrgica/Perspetivas de Saúde e de Doença**. 8ª ed., Vol 1. Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-989-8075-22-2.

NICI, Linda [et al.] - American thoracic society/European respiratory society statement on pulmonary rehabilitation. **American Journal of Respiratory Critical Care Medicine**.

[Em linha]. Vol 173. (mai. 2006), p. 390-1413. [Consultado a 31 out. 2018]. DOI: 10.1164/rccm.200508-1211ST

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIA – **13º Relatório: Panorama das Doenças Respiratórias em Portugal: Retrato da saúde 2018/O estado da saúde em Portugal**. Lisboa: Observatório Nacional das doenças respiratória, 2018.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Lisboa - **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual: enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Investigação em Enfermagem: tomada de decisão** [Em linha]. Lisboa:2006, [consultado em 28 de nov2017]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/.../tomadasposicao/.../TomadaPosicao_26Abr2006.p...~

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação – **Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Guia orientador de boa prática: reabilitação respiratória**. [Em linha]. Serie 1, nº 10 (jan. 2018). ISBN 978-989-8444-41-7. [Consultado a 4 abr. 2018]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

PHIPSS, Wilma [et al.] - **Enfermagem Médico -Cirurgia**. Lisboa: Lusodidática, 2009. ISBN: 9789898075222.

PINTO, André - **Laparoscopia no tratamento da obstrução adesiva do intestino delgado**. Porto: [s.n.], 2017.Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde -**Recomendações para a prevenção da infeção cirúrgica**. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2004.

PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde - **Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009: cirurgia segura salva vidas.** [Lisboa]: Direção Geral de Saúde, 2010. ISBN 978-92-4-159855-2.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Doenças oncológicas em números – 2015: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas.** Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2016.

PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde - **Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017.** Lisboa: Direção Geral de saúde, 2017.

POSSARI, João - **Centro Cirúrgico: planeamento organização e gestão.** São Paulo: Erica, 2009. ISBN: 9788576140573.

POTTER, Patrícia; PERRY, Anne - **Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos.** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 978-972-8930-24-0.

QUEIRÓS, Paulo; VENTURA, André - A Enfermagem de Reabilitação e o Utente submetido a Cirurgia Toraco-Abdominal. **Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde.** [Em linha]. nº 15 (abr. 2016), p.95-115. [Consultado a 12 set. 2018]. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/301221376>

RAPOSO, Ana - **Eficácia da funduplicatura de Nissen laparoscópica na resolução de manifestações esofágicas de refluxo Resultados clínicos e satisfação dos pacientes.** Covilhã: [s.n.], 2014. Dissertação de Mestrado apresentado na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

REGULAMENTO nº 125/2011. **DR II Série.** 35 (2011/02/18) p. 8658-8659.

REZENDE, Joffre - Cirurgia e Patologia. **Acta Cir. Bras.** [Em linha] Vol 20, nº 5 (Set-Out. 2005). ISSN 1678-2674. [Consultado a 31 out. 2018]. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000500001>

RIBEIRO, José Luís Pais - **Metodologia de investigação em psicologia da saúde.** 3.^a ed. Porto: Legis Editora, 2010. ISBN: 978-989-8148-46-9.

ROCATTO, Grace [et al.] - Fisioterapia respiratória no pós-operatório imediato de colecistectomia convencional. **Fisioterapia Brasil.** [Em linha]. Vol 15, nº 3 (mai.-jun. 2013), p. 195-199. ISSN 1518-9740. [Consultado a 22 dez. 2017]. Disponível em:

<http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url>

RODRIGUES, Charles; BLATTMANN, Ursula - Gestão da informação e a importância do uso de fontes de informação para geração de conhecimento. **Perspectivas em Ciência da Informação**. [Em Linha]. Vol 19, nº 3 (jul-set. 2014), p. 4-29. ISSN 1981-5344. [Consultado a 19 Mar. 2019]. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5344/1515>

RODRIGUES, Maria [et al.] - Preoperative Respiratory Physiotherapy in Abdominoplasty Patients. **Aesthetic Surgery Journal**. [Em linha]. Vol 38, nº 3 (Mar. 2018). [Consultado a 12 Set. 2018]. doi: 10.1093/asj/sjx121

RODRIGUES, Sandra - **Efeitos de um programa pré-operatório de reeducação funcional respiratória, no doente submetido a cirurgia abdominal programada**. Bragança: [s.n.], 2015. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

ROTHOCK, Jane - **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN:978-8075-07-9.

RUIVO, Maria Alice; FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília - Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas. Percursos. [Em linha]. Nº. 15 (jan.- mar. 2010), p. 1-37 [consultado 20 de Maio 2018] Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

SALTIEL, Rossana [et al.] – Cinesioterapia respiratória nas cirurgias abdominais: breve revisão. **Arquivos de Ciência da Saúde da UNIPAR**. [Em linha]. Vol 16, nº 1 (2012), p. 3-8. [Consultado a 2 jan. 2018]. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v16i1.2012.4559>. ISSN 1415-076

SANTOS, Danilo [et al.] – Eficácia de um protocolo de assistência fisioterapêutica no pós-operatório de cirurgia abdominal eletiva. **Fisioterapia Brasil**. [Em linha]. Vol 19, nº 3 (mai. 2018), p. 300-308. [Consultado a 10 out. 2018]. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=https%3a%2f%2fsearch.e>

SANTOS, Francisco, [et al.] - Medo da Tosse em Pacientes no Pós-Operatório de Cirurgia Torácica e abdominal. **Revista Ciência em extensão**. [Em linha]. Vol 13, nº 2

(2017), p. 83-88. ISSN 1679-4605. [Consultado a 20 dez. 2017]. Disponível em: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1249

SANTOS, Mariana [et al.] - Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Em linha]. Vol 14, nº 4 (Out-Dez. 2012), p. 922-927. [Consultado a 13 Mar. 2019]. Disponível em. https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a21.pdf

SCHIPHORST, A. [et al.] – Non-surgical after laporoscopic and open surgery for colorectal cancer- a systematic review of randomised controlled trials. **Journal of Cancer Surery**. [Em linha]. Vol 41, nº 9 (Set. 2015), p. 1118-1127. ISSN: 0748-7983. [Consultado a 20 dez. 2017]. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2015.04.007>.

SERRANO, Gloria Pérez. - **Elaboração de projetos sociais, casos práticos**, Porto editora, Portugal, 2008. ISBN:978-972-0-3-4857-9

SILVA, Daísa; FILHO, Luciano- Fisioterapia respiratória no pós-operatório de cirurgia abdominal alta: Revisão de Literatura. **Revista Atenção à Saúde**. [Em Linha]. Vol. 16, nº 55 (Jan-mar. 2018), p. 115-123. ISSN 2359-4330. [Consultado a 19 nov. 2018] http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4854

SILVA, Silvia [et al.] - Meanings of quality of care: perspectives of Portuguese health professionals and patients. **British Journal of Health Psychology**. [Em linha]. nº 18 (2013) p. 858-873. [Consultado a 5 fevereiro de 2019]. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=http%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3dmnh%26AN%3d23410203%26lang%3dpt-br%26site%3dedu-live%26scope%3dsite>

SIMÃO, Paula- **Reabilitação respiratória em Portugal... será que é agora?** In. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias: Relatório 2017. [em linha]. Lisboa: ONDR,2017. P.75-78. [consultado em 2 de set. 2018]. Disponível https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2017.pdf

SOARES, Eduardo - **Programa de reeducação funcional respiratória pré e pós-operatória na transição saúde/doença do cliente submetido a gastrectomia programada**. Viana do Castelo: [s.n.], 2017.Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

SOUSA, Luís [et al.] - Reeducação funcional respiratória no doente transplantado hepático com derrame pleura. **Revista Sinais Vitais**. [Em linha]. Vol 86 (set. 2009), p. 16-21. [Consultado a 22 dez. 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/298786172_Reeducacao_Funcional_Respiratoria_No_Doente_Transplantado_Hepatico_Com_Derrame_Pleural

STEWART, Mary – Postoperative pulmonary complications. **Journal of Peri Anesthesia Nursing**. [Em linha]. Vol 32, nº 5 (Out, 2017), p. 387-512. [Consultado a 12 dez. 2017]. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.07.002>

STRACIERRI, Luís - Cuidados e complicações pós-operatórias. **Medicina**. [Em linha]. Vol 41, nº 4 (Dez. 2008), p. 465-468. [Consultado a 12 out. 2018]. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v41i4p465-468>

TAYLOR, Amber; DeBOARD, Zachary; GAUVIN, Jeffrey - Prevention of postoperative pulmonary complications. **Surgical the clinics North American**. [Em linha]. Vol 95 (2015), p. 237-254. ISSN :25814104. [Consultado a 10 dez. 2017]. <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2014.11.002>

TEIXEIRA, Flávia - **Comportamentos alimentares desadaptativos após cirurgia bariátrica: Diferenças nos períodos de follow-up**. Braga: [s.n.],2017. Dissertação de Mestrado apresentado na Universidade do Minho .

Útil. In *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. [Em linha]. [s.l.]: Priberam Informática, 2018. [Consultado a 19 fev. 2019]. Disponível em <https://dicionario.priberam.org/%C3%BAtil>

VITAL, Isabel [et al.] - Informação como instrumento da Assistência ao paciente submetido a cirurgia Ortopédica. **Cogitare de Enfermagem**. [Em Linha]. Vol 23 nº 1 (2018). [Consultado a 20 mar. 2019]. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.51192>

ZHANG, Xiang-yu [et al.]- The use of a modified, oscillating positive expiratory pressure device reduced fever and length of hospital stay in patients after thoracic and upper abdominal surgery: a randomised trial. **Journal of Physiotherapy**. [Em linha]. Vol 61 (jan. 2015) p.16-20 [Consultado a 19 out. 2018]<https://doi.org/10.1016/j.jphys.2014.11.013>

APÊNDICES

APÊNDICE I – GUIÃO DA ENTREVISTA

“Reeducação funcional respiratória pré-operatória na pessoa submetida a cirurgia abdominal”

Parte 1 - Acolhimento

O presente estudo é realizado por Manuela Ferreira, enfermeira no Bloco Operatório do Hospital de Braga, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, a ser realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo,

O estudo tem como principal objetivo avaliar o conhecimento da Pessoa submetida a cirurgia abdominal sobre reeducação funcional respiratória.

A temática deste projeto insere-se na Reeducação Funcional Respiratória, nomeadamente reeducação funcional respiratória pré-operatória em pessoas submetidas a cirurgia abdominal.

Procedimentos cirúrgicos, nomeadamente os que envolvem a cavidade abdominal provocam uma alteração da função respiratória. O programa de Reeducação Funcional Respiratória tem sido evidenciado na prevenção de complicações pós-operatórias, tratamento e redução da gravidade dessas complicações. Estes programas devem ser iniciados no pré-operatório e dada continuidade no pós-operatório.

A pertinência deste estudo centra-se na prevenção de complicações respiratórias no pós-operatório na pessoa submetida a cirurgia abdominal. O Enfermeiro Especialista em Reabilitação presta cuidados de excelência com a finalidade de prevenir complicações à pessoa que cuida. Assim torna-se importante perceber se a pessoa que vai ser submetida a cirurgia abdominal tem conhecimentos sobre a RFR.

O método de colheita de dados utilizado será a entrevista semi-estruturada, a qual será gravada, com consentimento prévio, para que não haja perda de informação.

A participação neste estudo é voluntária, anónima e confidencial.

A participação no estudo inicia-se com a apresentação do consentimento informado.

Parte 2 – Objetivo de investigação / Questões orientadoras

Avaliar o Conhecimento da Pessoa submetida a Cirurgia Abdominal sobre a Reeducação Funcional Respiratória.

Tópicos	Questões Orientadoras
1-Conhecimento sobre a cirurgia	O que sabe sobre a cirurgia a que vai ser submetido? Quem o informou?
2-Informação sobre cuidados a ter no pré e pós-operatório	Sabe que cuidados devem ter até à cirurgia? Quais? E depois da cirurgia quais os cuidados que deve ter? Quem o informou?
3-Reeducação Funcional Respiratória pré e pós-operatória	Sabe fazer respiração abdominal e controle expiratório? Se sim, como faz? Quem a ensinou? Sabe como tossir depois da cirurgia? Se sim, como faz? Quem a ensinou? Ensinaram-na a fazer contenção da ferida cirúrgica? Se sim, como faz? Quem a ensinou? Sabe porque é importante ter estes conhecimentos?

Parte 3 – Fecho da entrevista

Termino esta entrevista agradecendo a sua participação no presente estudo, sendo a mesma de extrema importância, para perceber quais os reais conhecimentos da pessoa relativamente à problemática em estudo e analisar a necessidade da implementação de um mecanismo para que facilite reeducação funcional respiratória na pessoa submetida a cirurgia abdominal, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR EM INVESTIGAÇÃO – De acordo com a Declaração de Helsínquia

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, solicite mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar o presente documento.

Alcinda Manuela Silva Ferreira, aluna do V Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem Reabilitação na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, orientado pela Professora Doutora Salete Soares e Maria José Fonseca, vem por este meio solicitar a vossa colaboração, no sentido de poder realizar recolha de dados para fins de investigação tendo como intuito desenvolver um projeto denominado “Reeducação Funcional Respiratória Pré-operatória na Pessoa submetida a cirurgia abdominal” .

A temática deste projeto insere-se na Reeducação Funcional Respiratória, nomeadamente reeducação funcional respiratória pré-operatória em pessoas submetidas a cirurgia abdominal.

O método de colheita de dados utilizado será a entrevista semi-estruturada, com recurso a gravação áudio, para que não haja perda de informação.

Os dados recolhidos serão obtidos num ambiente com privacidade e tratados de modo anónimo, confidencial e exclusivo. Os resultados posteriormente divulgados serão sob o princípio pelo respeito do anonimato e do compromisso da confidencialidade,

A escolha de participar ou não neste estudo é voluntária, podendo decidir abandonar esta investigação a qualquer momento, sem que isso o prejudique.

O presente estudo teve o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de [REDACTED] e da Comissão Científica e Pedagógica do referido Mestrado.

Os aspetos éticos e deontológicos, serão assegurados, assumindo o compromisso de devolver no final do estudo, os resultados obtidos no decorrer da investigação.

O presente documento será assinado em duplicado em que um ficará com o investigador e o outro com a pessoa entrevistada.

Se tiver alguma questão, não hesite em contactar Alcinda Manuela Silva Ferreira com o email manelaferreira22@hotmail.com

Muito obrigada pela sua colaboração.

Eu, _____, fui esclarecido (a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei. Fui informado (a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim. Foi-me solicitado autorização para gravação áudio. Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do entrevistado:

Assinatura do investigador:

APÊNDICE III – MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS

Tema - Conhecimento sobre a Cirurgia		
Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Não Demonstra		<p>“Eu não sei nada sobre a cirurgia não faço ideia (...) vou de olhos tapados para lá (...)” (E1)</p> <p>“(…) não faço ideia se vai ser com aquela luzita que passa por aqui [apontou para a boca] ou vai ser por corte [apontou para a zona gástrica] (...) não sei como vai ser a cirurgia por isso não sei nada” (E2)</p> <p>“Eu não sei (...) não sei como é (...) Não me disseram nada, não sei... “(E6)</p>
Demonstra	Técnica Cirúrgica	<p>“Hoje a Sr.^a doutora disse me que ia ser pelos furinhos tipo laser (...)” (E1)</p> <p>“A Sr.^a Doutora esteve a explicar que vou ter que fazer dois furos (...) para ver o sítio do mal (...)” (E3)</p> <p>“Eu não sabia nada, agora a Dr.^a esteve-me a mostrar no computador onde é que vou ser operado (...)” (E4)</p> <p>“O saquinho com as fezes à priori é temporário (...) depende muito como for a operação (...) e a algalia vai ser por dois dias ou três (...)” (E4)</p>
	Complicações	<p>“Eu não sei quase nada, eu só sei que corro riscos, segundo dizem corro riscos de ter problemas!” (E1)</p> <p>“(…) as vezes para tirar o tumor pode atingir as coisas ao lado (...)” (E4)</p>

		<p>“Sei que é uma cirurgia de risco ...ainda agora Sr.^a Doutora me disse que é cirurgia de muito alto risco... Que podia ficar lá, ...têm que se arriscar.... Vou para os cuidados intensivos ...” (E5)</p> <p>“(...) vou emagrecer...isso é normal...” (E5)</p>
Fontes de Informação		<p>“Hoje a Sr.^a Doutora disse me que ia ser pelos furinhos tipo laser (...)” (E1)</p> <p>“A Sr.^a Doutora disse-me que isto vai ser uma cirurgia (...)” (E3)</p> <p>“(...) a Doutora explicou tudo...não, assim como Sr.^a Doutora me explicou ninguém me explicou, explicou tudo direitinho (...)” (E4)</p> <p>“(...) ainda agora Sr.^a Doutora me disse (...) estiveram a por-me a par mais ou menos do que me pode acontecer ...” (E5)</p>
Disposição para Conhecer	Demonstra	“Não sei, não sei...eu quis saber até perguntei...Sim eu perguntei, mas não me disseram...” (E1)
	Não demonstra	“Não perguntei, para me assustarem! Assim levo anestesia e não vejo nada...” (E2)

Tema: Conhecimento sobre cuidados no Pré-operatórios		
Categoria	Subcategoria	Unidade de registos
Não Demonstra		“(…) pensei que aqui[hospital] alguém me iria dar dicas sobre alimentação, mas ninguém me falou” (E1)
Demonstra	Alimentação	<p>“Disseram-me que eu tinha que emagrecer (…)” (E1)</p> <p>“Não posso comer...Tenho que fazer um pequeno-almoço, não muito pesado um pequeno-almoço mais leve... mais nada ...só sei da alimentação” (E2)</p> <p>“(…) telefonaram a dizer que tinha (…) de estar em jejum (…)” [no dia da cirurgia] (E6)</p>
	Tratamento farmacológico	<p>“(…) posso tomar a minha medicação ...” (E2)</p> <p>“Tenho que ir à farmácia levantar 11 injeções, tomo uma no dia anterior (…)” (E3)</p> <p>“(…) comprar umas saquetas (…) para fazer a preparação do intestino acho que é antes uns dias (…) para vir com o intestino limpo acho que é isso...” (E4)</p> <p>“Estou a ser medicado ... uns bufos para aliviar os pulmões” (E5)</p> <p>“Os cuidados que tenho que ter é deixar de tomar o <i>Tromalyt</i> três dias antes e o <i>Risidon</i> que é para diabetes um dia,” (E6)</p>
	Preparação local cirúrgico	“isto é para limpeza [as esponjas de clorexidina], para tomar banho” [no dia anterior e dia de internamento] (E4)

Fontes de informação		<p>“agora na consulta...” [medico] (E2)</p> <p>“(...) esta nos papeis” [esquema da toma da Heparina subcutânea] (E3)</p> <p>“(...) esta aqui explicado (...)” [panfleto informativo de preparação intestinal entregue na consulta pelo Medico] (E4)</p> <p>“Disse me agora... a Doutora” [suspensão do anticoagulante e antidiabético oral] (E6)</p>
-----------------------------	--	--

Tema: Conhecimento sobre cuidados no Pós-operatórios		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Não Demonstra		<p>“Não sei, não me disseram nada ...” (E2)</p> <p>“Não para já não ... não me falou mais nada ...” (E3)</p> <p>“(...) depois é que me dizem, como correr a operação...” (E5)</p> <p>“Não... não me disseram nada ...(E6)</p>
Demonstra	Alimentação	<p>“Ouvi dizer que ...não se pode beber que não se pode beber aqueles 4 dias” E1</p> <p>“(...) alimentação sei que tem que ser 2/2 h, a base de sais minerais (...) Só me falaram da alimentação (...) disseram me que durante um mês era só líquidos (...)” (E1)</p>
	Tratamento farmacológico	<p>“Depois da cirurgia a Srª. Doutora disse que só são essas injeções (...) (E3)</p>
	Movimento	<p>“Depois da cirurgia (pausa), falou me em andar um bocadinho, andar, andar...” (E 4)</p>
Fontes de informação		<p>“Foi um senhor que foi operado” (E1)</p> <p>“Ouvi dizer na televisão que tinha ...não se pode beber...” (E1)</p>

		<p>“Depois da cirurgia a Srª Doutora disse...” (E3)</p> <p>“Depois da cirurgia [a Doutora], falou me ...” (E4)</p>
--	--	--

Tema: Conhecimento no Pré-operatório sobre cuidados Funcionais respiratórios		
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Não Demonstra	Respiração abdominal	<p>“Não! Não sei, nunca ouvi falar... Não faço ideia do que é! Ninguém me falou ...” (E2)</p> <p>“Não faço ideia... Não isso não me foi ensinado, isso de respiração abdominal (E3)</p> <p>“Isso não!... Nada disto foi ensinado...” (E5)</p> <p>“Não...não!!(E6)</p>
	Controle expiratório	<p>“Também não... Há fazer assim! [Sr. 0 repetiu o que fiz] depois assopro só pela boca... [repetiu o exercício] ...fiz isto num exame...” (E3)</p> <p>“Assim não sei! Não estou a ver...[Exemplificado] Ela falou (Dr.ª) falou em respirar agora isso...” (E4)</p> <p>“Não, não...” [após questão e exemplificação do controlo respiratório] (E5)</p> <p>“Não... [fáceis de espanto]” [após questão e exemplificação do controlo respiratório] (E6)</p>
	Tosse	<p>“Não sei... Não sei? Ninguém me explicou nada, vai ter de me explicar! Só estou a saber agora!” (E1)</p>

		<p>“Como posso saber se não sei como vai ser a cirurgia! Talvez vá tossir normal... da outra vez não sei se tive dores [ao tossir]” (E2)</p> <p>“Sinceramente não sei, depois vamos ver! ...pelo menos tenho que levar a mão a boca” (E3)</p> <p>“Ninguém me disse nada disso” (E5)</p> <p>“Não sei, não lhe posso dizer “(E6)</p>
Demonstra	Respiração Abdominodiafragmática	<p>“A doutora falou me para respirar (pausa), para respirar... quando acabar a operação, para respirar (...) Falou, falou na respiração É para respirar fundo! Não é? ... Respirar é respirar fusndo?” (E4)</p> <p>“Eu cheguei a fazer fisioterapia respiratória em França uma vez que um pulmão se colou... ninguém me disse que eu podia fazer agora isso nem na outra cirurgia que fiz” (E1)</p>
	Tosse	<p>“Tenho que fazer um aperto? Tenho que fazer!?” [referindo-se ao tossir] (E4)</p>

Tema -Percepção sobre Cuidados Funcionais Respiratórios para a Prevenção de Complicações		
Categoria	Sub Categoria	
Importante		<p>“Claro que sim! Claro que é importante! Se eu não sei a, se corro riscos se isso é importante para min para depois da cirurgia claro que é importante...” E1</p> <p>“Acho importante que me ensinei, se eu estou consciente, não sei como devo respirar, tossir se alguém me der a indicação é para meu bem...” (E1)</p> <p>“Acho que sim, que devia ser ensinado, nunca ouvi falar nisso ...” (E2)</p> <p>“Para saber o que vou fazer, posso fazer asneiras, não é?” (E5)</p> <p>“Sim acho, mas não sei, não sei quem me possa ensinar” (E6)</p>
Útil		<p>“Ninguém me explicou nada ate agora isto devia ser mais aperfeiçoado” ...(E1)</p> <p>“...alguém me explicar como devo fazer depois da cirurgia. Isso devia ser mais aperfeiçoado, mais explicado a pessoa como é!” E1</p> <p>“Acho que isso era útil, seria útil penso eu...” (E3)</p> <p>“Acho que sim, principalmente quem faz cortes no corpo, não é? Têm tendência a mexer com os pontos e depois tem problemas mais graves para a frente” (E3)</p> <p>“Se é preciso saber fazer, é claro que sim ...” (E4)</p>

APÊNDICE IV – GRELHA DE AVALIAÇÃO

	1ª Sessão		2ªSessão		3ªSessão	
	S	N	S	N	S	N
Posição de descanso e relaxamento						
Consciencialização dos tempos respiratórios						
Controle da respiração						
Respiração abdominodiafragmática						
Exercícios de expansão torácica com recurso a bastão						
Movimentos ativos e correção postural						
Tosse com contensão da ferida cirúrgica						
Espirometria de incentivo						